Editorial

Las brechas entre eficacia - efectividad - eficiencia ¿Las podemos evaluar?

6/03/2011

Elvira Muslera Canclini

Unidad de Análisis y Programas. Sudirección de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

En tiempo de restricciones presupuestarias, o *crisis* - término más gráfico y últimamente muy familiar- la preocupación porque los **beneficios sociales** aportados por cualquier política, estrategia o intervención con financiación pública, sean **superiores a sus costes**, se torna de vital importancia para políticos y gestores. Y por supuesto, la atención sanitaria no es ajena a esta circunstancia.

También en los tiempos de *crisis* la ciudadanía desea ver cubiertas sus expectativas respecto a la cantidad y calidad de servicios públicos que recibe, y probablemente la necesidad percibida y la demanda de los mismos sean mayores que en épocas de bonanza.

Por tanto, compatibilizar deseos- ciudadanos con objetivos político- gestores requiere compartir información homogénea (no asimétrica) respecto a los beneficios netos (descontados sus costes) de los programas, proyectos y servicios ofertados; compartir que mayor gasto no siempre se traduce en mayor salud; que existe una brecha enorme entre la eficacia y la efectividad y que las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios pueden ofrecer una contribución neta claramente superior a la de los servicios asistenciales.

De estas premisas, una de las más difíciles - la tercera sería responsabilidad de otros- es la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad, que siendo aún algo desconocida en los ambientes profesionales, es trabajo inherente a la planificación, gestión y organización.

El estudio de la eficacia tiene validez universal, requiere de un diseño muy riguroso y su publicación es muy reconocida (Ortún[1], 2006). En cambio, el trabajo para alcanzar la efectividad ("eficacia aplicada en un espacio y un tiempo") es necesariamente local, no precisa de un diseño tan riguroso, ni merece tan renombrada publicación e incluso, en ocasiones, provoca enfrentamientos analizar lo que realmente importa a las poblaciones, profesionales y gestores. Por tanto es necesario establecer metodologías claras, que se expliciten de antemano, que ayuden al acercamiento entre lo que resulta eficaz y lo que verdaderamente hacemos cuando esa intervención se pone en práctica.

En este sentido se han desarrollado diferentes herramientas de evaluación que se utilizan desde variadas perspectivas: **la calidad, el impacto, el desempeño, el seguimiento** (monitoreo); y todas ellas comparten una serie de dimensiones como son la accesibilidad, aceptabilidad, adecuación, capacidad resolutiva, efectividad, eficiencia, equidad, longitudinalidad, orientación al paciente, rapidez, seguridad que es necesario evaluar.

La mayoría de los servicios de salud contemplan estas dimensiones en sus estrategias de desarrollo y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) no es ajeno a ello, como puede leerse en la visión de su plan estratégico,

Un servicio de salud SESPA que:

- ...por contribuir a conseguir mejoras notables en la salud de las personas de un modo satisfactorio y sostenible se constituye en referencia dentro del sector.
- ...se distingue por prestar una atención sanitaria eficiente, accesible, segura, efectiva y centrada en las personas.

- ...ha sido capaz de desarrollar los procesos y sistemas de gestión adecuados para alcanzar sus fines.
- ...cuenta con profesionales competentes, satisfechos e implicados como consecuencia del buen clima de trabajo y las amplias oportunidades de desarrollo que les ofrece.
- ...dispone de suficientes recursos que utiliza responsablemente.

Difícilmente se pueda discrepar con una visión tan loable, a la que también podría suscribirse el sistema nacional en su conjunto, pero su concreción nos conduce a un **nuevo escenario** - distinto del de los deseos- **el de los logros**. ¿Cómo conocer el grado de cumplimiento de estas metas y con qué herramientas se puede medir?

Entre las varias posibilidades existentes nos parece interesante poner sobre la mesa, a modo de ejemplo, una evaluación del desempeño del sistema sanitario español. Concretamente nos referimos al informe Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 2010.

Este informe proporciona una evaluación del sistema sanitario español y de las iniciativas políticas en curso. Esta evaluación se realiza desde diversas perspectivas calidad y seguridad de pacientes, eficiencia, satisfacción, equidad. Con el propósito de picar a la curiosidad, comentaremos algunos de los resultados, a mi entender, pertinentes.

La reducción de la mortalidad evitable entre 1991 y 2005 ha experimentado una notable disminución, llegando a 31,2% para condiciones susceptibles de prevención primaria, a 42,6% para condiciones susceptibles a la actuación de los servicios sanitarios y a 33,5% en años de vida potencialmente perdidos.

El gasto sanitario per cápita (público y privado) en el conjunto de países de la OCDE es de US $ 2.984, en España alcanza los US $ 2.671 PPP (paridad de poder adquisitivo), resultando un 12% menor que el gasto en el Reino Unido, un 24% menor que en Suecia y un 31% menor que en Dinamarca. Representa el 8,5% del producto interior bruto.

El crecimiento del gasto durante la última década ha sido del 2,7% mientras que el promedio de aumento en los países de la OCDE ha sido del 4,1%. Este menor aumento del gasto debe ser comparado con los buenos resultados obtenidos en los indicadores relacionados con los servicios sanitarios, lo que puede interpretarse como una prueba de la eficiencia global del sistema sanitario.

No obstante, también se reflejan los resultados del "índice funcional", que relaciona la estancia media por GRD con la obtenida por cada hospital considerado que estancias más largas significaría incurrir en costes innecesarios. Para este análisis los hospitales de agudos se separaron en cuatro categorías, dependiendo del número de camas. El 15% de hospitales pertenecientes al grupo de más de 500 camas y menos de 1000, se encontraban por debajo del estándar y el 12% de hospitales entre 200 y 500 camas también.

En cualquier caso, más interés tiene analizar la calidad, seguridad, efectividad, eficiencia, satisfacción en algunos procesos médicos como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los cuidados obstétricos, la salud mental, etc. que, por razones de espacio, invitamos a leer directamente en el informe.

http:// www.euro.who.int/ en/ home/ projects/ observatory/ publications/ health- system- profiles- hits/ full- list- of- hits/ spain- hit-2010

La evaluación de las diferentes dimensiones de la atención sanitaria para cada proceso, por mas pequeño que parezca, nos indicará que mejoras pueden ser aplicables a la organización, gestión, formación, coordinación, etc para, en definitiva, acortar distancias entre **lo eficaz - lo efectivo - lo eficiente**.

Bibliografía

[1]Ortún Rubio, V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. Revista Asturiana de Economía RAE, 35 2006.

Palabras clave: Brecha eficacia- efectividad

Reseñas de Investigación

Aceptabilidad de un programa de cribado de neoplasia de colon en familiares de pacientes y en población general de riesgo medio

6/03/2011

[1]Adolfo Suárez González, [3]Alfonso García Viejo, [3]Celia Otero Rodríguez, [3]Guillermo García Velasco, [1]María Antonia Palacio Galán, [1]Aránzazu Álvarez Álvarez, [1]José Martín Pérez Pariente, [2]Eloy Fernández Rodríguez y [3]Jesús Vicente García González.

[1]Sección de Aparato Digestivo y [2]Servicio Análisis Clínicos Hospital de Cabueñes.

[3] Centros de Atención Primaria Área Sanitaria V

Proyecto FIS/ FICYT: Estudio patrocinado por el Instituto de Salud Carlos III, PI 06/1456

Resumen

Con el objetivo de conocer la aceptabilidad del cribado de cáncer de colon éste se ofreció a población general de tres cupos de atención primaria y familiares de casos incidentes en el hospital de Cabueñes. Se contactó con el 59,6% de los sujetos del grupo de población general, aceptando cribado el 46% (26,1% colonoscopia y 19,9% sangre oculta en heces), mientras que en el ámbito hospitalario fueron contactadas las familias del 79% de casos incidentes, aceptando colonoscopia el 45,6% de familiares. Aunque los porcentajes de aceptación son discretos, se han organizado circuitos e iniciado acciones eficaces pero de difícil implementación.

Introducción

El carcinoma colo- rectal (CCR) reúne las características necesarias para ser considerado una entidad susceptible de cribado, ya que es un problema de salud importante por incidencia y morbi- mortalidad, se conoce su historia natural y el lento proceso de transición de mucosa normal a neoplásica, que es posible interrumpir mediante la extirpación de pólipos de colon, se dispone de métodos diagnósticos que permiten detectarlo en fases precoces, el tratamiento es más efectivo en estadios iniciales y se ha demostrado que el cribado es coste- efectivo.

La prevención del CCR constituye un campo de interés común a numerosas especialidades médicas, tanto de atención primaria como de atención especializada, y existe un amplio consenso sobre la necesidad de concienciar a la población general, a los profesionales y a las autoridades sanitarias de la importancia de su prevención[1,2]. La recientemente actualizada Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal[3], elaborada por un grupo multidisciplinar de profesionales de nuestro país, supone un documento de referencia imprescindible, recogiendo como recomendación de tipo A que "el cribado de CCR debería ofrecerse a todos los individuos sin factores de riesgo adicionales a partir de los 50 años de edad" y que "las personas con historia familiar de CCR presentan un riesgo aumentado para el desarrollo de CCR", contemplándose en éstas en base a estudios empíricos "medidas de cribado más intensivas que las propuestas para la población de riesgo medio, ya sea por la periodicidad y/ o la edad de inicio de éstas". Dentro de las "áreas de investigación futura" el primer interrogante que expresan los autores es el grado de aceptación de las diferentes estrategias de cribado en España, pregunta que carece actualmente de respuesta y constituye un aspecto crucial en el momento de abordar políticas de prevención del CCR.

Cribado en población de riesgo medio

Dado que se ha establecido un riesgo acumulativo en población general del 6% de sufrir esta enfermedad, directamente ligado con la edad del invididuo, los programas de cribado general del CCR están dirigidos a personas de riesgo medio, que son aquellos individuos de más de 50 años de edad sin factores de riesgo personal (antecedentes de adenomas

colo- rectales, CCR, colitis ulcerosa o ureterosigmoidostomía) o familiar (poliposis adenomatosa familiar o CCR), población en la que existen cuatro estrategias que se han demostrado coste- eficaces[4]: detección de sangre oculta en heces (SOH) anual o bienal, sigmoidoscopia cada 5 años y colonoscopia cada 10 años. Sin embargo, pese a las evidencias de que el cribado disminuye la mortalidad, estas medidas apenas se han introducido en la práctica clínica[5], debido a factores dependientes tanto de las organizaciones sanitarias (recursos de personal, formación, instalaciones y coste de implantación del programa) como de los profesionales (no siempre conscientes de la dimensión del CCR como problema de salud, o al menos comparativamente respecto a otras patologías), y de la propia población, que a su desconocimiento sobre estos hechos contrapone los riesgos e incomodidades asociados a los programas de cribado[6].

Posiblemente lo relevante cara a la utilidad de un programa de prevención entre población general de riesgo medio no sea discutir cuál estrategia emplear entre aquellas que se han demostrado efectivas, sino simplemente el hecho de llegar a ofrecer la oportunidad de cribaje. Al menos esta es una de las conclusiones que parecen desprenderse de un amplio estudio efectuado en Italia, sobre 26.682 personas de riesgo medio que fueron asignadas de forma aleatoria, con la colaboración de su médico general, a cinco estrategias posibles: SOH bienal enviada por correo, SOH bienal realizada por su médico, SOH o sigmoidoscopia según preferencia del paciente, sigmoidoscopia y sigmoidoscopia seguida de SOH bienal[7]. Los porcentajes de aceptación en cada grupo fueron respectivamente de 30,1%, 28,1%, 27,1%, 28,1% y 28,1%, con una variabilidad por tanto prácticamente inexistente entre aceptación o no de cribaje, que no parece condicionada por la técnica de estudio que aleatoriamente le había correspondido. Estos resultados deben ser muy tenidos en cuenta ante el importante número de personas que participaron, con el añadido para una posible extrapolación a nuestro medio de que se trataba de una población latina. Y es que los porcentajes de aceptación parecen superiores en población anglosajona, pues un estudio efectuado en Australia sobre 187 pacientes asintomáticos con edades entre 50 y 60 años[8] obtuvo una tasa de aceptación para sigmoidoscopia del 49% cuando les fue ofrecida por su médico de cabecera, mientras que en otro estudio efectuado mediante encuesta entregada a 300 pacientes en una consulta hospitalaria de EEUU[9], en la que se les explicaba y ofrecía la posibilidad de cribaje y a la que respondieron el 64% (193 personas), sólo el 16% de los que contestaron lo rechazaron, mientras que el 55% prefería SOH y sigmoidoscopia y el 29% restante colonoscopia. La aceptación fue mayor entre las personas con algún conocimiento sobre cáncer de colon, no católicos, exfumadores y los de mayor edad, y en cualquier caso 154 de las 300 personas a las que se entregó la encuesta (51%) aceptaron sigmoidoscopia o colonoscopia. Ciertamente estos tamaños muestrales no son muy elevados, pero los resultados son consistentes con los de un estudio mucho más numeroso que fue realizado en 13 hospitales de Veteranos de EEUU[10], aunque no se diseñó para estudiar la aceptabilidad sino la utilidad de la colonoscopia entre personas asintomáticas de 50 a 75 años de edad, y en el que sobre un universo poblacional de 17.732 posibles, de los que por un amplio porcentaje fueron excluídos por diversas causas (colonoscopia en los 10 años previos, historia de enfermedad de colon,...), únicamente 2.346 declinaron examen clínico y 1.463 una colonoscopia, la cual fue efectuada en 3.196 casos, siendo normal únicamente en el 46,2%, con el hallazgo de un 1% de neoplasias y un 7,2% de pólipos mayores de 1 cm, y en el resto de casos lesiones polipoideas de menor tamaño y diverso tipo. La tasa de complicaciones relevantes fue de un 0,3%, sin ninguna perforación y sin fallecimientos atribuíbles directamente a la realización de la colonoscopia. En definitiva, la tasa de aceptación para el procedimiento fue importante, con un elevado porcentaje de hallazgos patológicos y sin que las complicaciones, especialmente las perforaciones, alcanzaran las cifras que tradicionalmente se han venido manejado en la bibliografía, establecidas en 1 o 2 por cada 1.000 exploraciones[6], y que parecen ser en la actualidad mucho menores, como de hecho refleja nuestra propia experiencia en el Hospital de Cabueñes, donde la tasa de perforaciones en los cinco últimos años ha sido del 0,03% (3 casos en 10.139 exploraciones; observación no publicada).

Podemos por tanto decir que aunque el debate sobre el cribaje de personas de riesgo medio y asintomáticas ha sido resuelto, el interés actual se centra en "determinar la estrategia y encontrar la forma mejor y más efectiva de implantar el cribaje en población general"[9] y "es imprescindible realizar estudios piloto que evalúen la aceptación de las diferentes estrategias por parte de la población, los recursos humanos y materiales disponibles y la relación coste- efectividad en nuestro medio", si perder de vista que "es importante tener en cuenta las preferencias de los pacientes, así como proporcionar información sobre las diferentes opciones disponibles y los riesgos potenciales" [3].

Cribado entre familiares de pacientes con CCR

Existe un subgrupo poblacional en el que es conocido el mayor riesgo de sufrir CCR, constituido por las personas con antecedentes familiares de cáncer de colon que sin llegar a cumplir los criterios de las formas hereditarias de CCR, para el caso de contar con un familiar de primer grado afecto presentan un riesgo 2-3 veces superior al de la población general, y que ha sido establecido como 2,25 (I.C. 95% 2,0 a 2,53) en el caso de un único familiar de primer grado con CCR , 3,87 (I.C. 95% 2,4 a 6,22) si es diagnosticado antes de los 45 años, y 4,25 (I.C. 95% 3,01 a 6,08%) con más de un familiar de primer grado[11]. También es conocido el mayor riesgo en el caso de afectación de familiares de segundo grado, establecido en torno a 1,5 veces. Por todo ello se han propuesto[1-3] estrategias de cribado en estos colectivos en función del número y grado de parentesco, así como la edad de diagnóstico, utilizando estudio con colonoscopia cada 5 años desde los 40 de edad para aquellos con más de un familiar de primer grado afecto, o uno diagnosticado antes de los 60 años, mientras que en el resto de los casos se admite como estrategia válida general la adoptada en población de riesgo medio, pero iniciada a la edad de 40 años. Nuevamente aquí, pese a la evidencia científica que soporta estas estrategias, su implantación choca con resistencias, tanto en función del consumo de recursos a destinar como a los riesgos e incomodidades derivados de una colonoscopia, y en definitiva el desconocimiento sobre las tasas de aceptación de este procedimiento en este subgrupo poblacional, aspecto relevante y condicionado por múltiples variables que deben ser conocidas, analizadas y en su caso corregidas, pues debemos preguntarnos qué ocurre cuando ni siquiera las personas con riesgo elevado participan en los programas de cribado[12].

En nuestro país se están desarrollando diversas experiencias de cribaje entre familiares directos de pacientes con neoplasia de colon, entre las que destaca la llevada a cabo en Aragón[13] mediante el ofrecimiento de la realización de una colonoscopia a familiares de primer grado de pacientes con CCR en el momento del diagnóstico, programa para el que se han comunicado porcentajes crecientes de aceptación entre los candidatos a efectuar el cribaje, que fueron del 21.2% en el año 2002, 60.4% en el 2003 y 78,1% en el 2004. Sin embargo, en este mismo colectivo un estudio efectuado por el grupo de oncología de la Asociación Española de Gastroenterología en San Sebastián, Barcelona, Valencia y Vigo[14] únicamente consiguió aceptación para una colonoscopia en un 34% (74/215), porcentaje posiblemente inferior al del estudio aragonés al diferir la técnica de reclutamiento, que en esta ocasión se realizó hasta dos años después del momento del diagnóstico del caso índice.

Objetivos

- Conocer en nuestro ámbito la aceptabilidad de un programa de cribado frente a neoplasia de colon entre población general de riesgo medio (población entre 50 y 65 años de edad que carece de factores de riesgo personales o familiares), a partir de la información suministrada por su médico de familia.
- Conocer la aceptabilidad de la colonoscopia como cribado de cáncer de colon por riesgo familiar de primer grado mediante su ofrecimiento en el ámbito hospitalario a partir de los casos incidentes.

Metodología

Diseño

Se efectuó un estudio descriptivo con captación longitudinal en el tiempo, entre octubre de 2006 y septiembre de 2009.

Sujetos de estudio, variables y recogida de datos

El estudio fue dirigido hacia dos poblaciones diferenciadas:

- Población general de riesgo medio (50-65 años, sin otro factor de riesgo personal o familiar)
- Familiares de primer grado de personas con diagnóstico incidente de neoplasia de colon.

A) Población general de riesgo medio

Se ofreció posibilidad de realizar un cribado de carcinoma colorrectal a la población incluida en tres cupos de atención primaria de los Centros de Salud Perchera y Calzada II (Gijón) con edades entre 50 y 65 años, 1.239 personas en total, siendo criterio de exclusión la existencia de riesgo personal o familiar de carcinoma colorrectal, la presencia de síntomas que indiquen por sí mismos la realización de un estudio o el haberse realizado una colonoscopia completa por cualquier motivo en los diez años precedentes

El ofrecimiento del cribaje se efectuó directamente en todos los casos por el médico de familia, quien dado que se han demostrado coste- efectivas y se encuentran disponibles, ofreció tanto la posibilidad de realizar una determinación de sangre oculta en heces anual como de una colonoscopia; previamente se había realizado un entrenamiento para que la información facilitada fuera consistente, y junto con esta información verbal se adjuntaba un informe escrito sobre la relevancia en cuanto a morbi- mortalidad de la neoplasia de colon y la posibilidad de prevenirlo, incluyendo un resumen de las posibles estrategias de cribaje, sus beneficios, inconvenientes, valores predictivos y específicamente los riesgos de la colonoscopia, acompañándose también en su caso del documento estándar de consentimiento informado para la realización de una colonoscopia.

Como **variables de estudio** se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas generales, así como la aceptación inicial o no de cribaje, y en su caso cuál de los propuestos es el elegido, así como las tasas de realización final efectivo del mismo y sus resultados.

B) Familiares de primer grado de personas con diagnóstico de neoplasia de colon

A partir de los nuevos casos incidentes de neoplasia de colon diagnosticados en el hospital de Cabueñes entre octubre de 2006 y septiembre de 2009 se realizó un ofrecimiento de información a los familiares de primer grado, con citación específica en consulta para ofrecer información al respecto. La captación fue realizada de forma activa por miembros del equipo investigador, sobre el total de 639 nuevos casos de neoplasia de colon diagnosticados en el hospital de Cabueñes en dicho periodo.

En quienes acudieron a consulta se ofreció cribado mediante colonoscopia en el caso de que estuviera indicada, lo que se corresponde con todos los familiares de primer grado con más de 40 años y/ o aquellos con edades hasta diez años menor del caso índice en el momento del diagnóstico. Por razones de expectativa de supervivencia fueron excluídos los familiares con edad superior a 75 años, y por operatividad a los no residentes en Asturias.

Resultados

Población general de riesgo medio

De las 1.239 personas con edad entre 50 y 65 años pertenecientes a los tres cupos de atención primaria del estudio fueron contactadas durante su realización un total de 739 (59,6%), de las que fueron descartadas 83 por presentar antecedentes familiares de neoplasia de colon y 28 por haberse realizado una colonoscopia en los diez años previos,

siendo finalmente ofrecida la posibilidad de cribado mediante sangre oculta en heces o colonoscopia a un total de 628 personas. De ellas 289 (46%) aceptaron ser estudiadas, 164 (26,1%) mediante colonoscopia y 125 (19,9%) mediante test de sangre oculta en heces. El test de sangre oculta en heces resultó positivo en 13 casos, accediendo todos ellos a colonosocopia, que detectó seis casos con pólipos y una neoplasia. Entre los 164 casos que accedieron directamente a la colonoscopia ésta detectó un caso con neoplasia de colon y 33 personas con pólipos.

Como se ha reflejado anteriormente, no fue posible contactar directamente con un 40,4% de la población incluida, al basarse el diseño del estudio en una captación oportunista de casos con motivo de visitas al centro de salud de la persona o sus familiares, y no mediante citación expresa, no fue posible contactar directamente con un total de 500 de las 1.239 que constituían el universo del estudio (40,4%).

Captación hospitalaria familiares casos incidentes

Entre octubre de 2006 y septiembre de 2009 fue posible contactar con 505 familias entre las 639 (79%) que constituían el total de casos incidentes en el hospital de Cabueñes en dicho periodo, reuniendo criterios de edad y ubicación geográfica para ser estudiados un total de 798 familiares, de los que 364 (45,6%) aceptaron la realización de una colonoscopia, con el hallazgo de neoplasia en 6 casos y pólipos en 107.

Tabla 1: Resumen de resultados de aceptabilidad en cada uno de los grupos del estudio

	Población general riesgo medio Edad 50-65 años Captación atención primaria	Familiares 1er grado casos incidentes neoplasia colon Edad 40-75 años Captación hospitalaria
Universo Población	1.239 personas	639 familias
Contactados	739 personas (59,6%)	505 familias (79%)
Cumplen criterios inclusión entre los contactados	628 personas	798 personas (1,58 casos/familia)
Aceptación cribado	289 personas (46%) * 164 colonoscopia (56,7%) * 125 sangre oculta heces (43,3%)	364 personas (45,6%)

Discusión

Los resultados de este proyecto deben ser analizados dentro del contexto geográfico y profesional en el que han sido efectuados, cual es un área sanitaria preferentemente urbana, dentro de una zona geográfica en la que hasta el momento no se había desarrollado ningún tipo de iniciativa de cribado frente al cáncer de colon, y por tanto con un nivel de conocimientos y demanda de la población muy escaso en cuanto a la prevención secundaria de esta patología.

Frente a este hecho, el equipo investigador se encontraba altamente motivado para la realización de este proyecto, lo que podría sesgar al alza los niveles de aceptabilidad para la realización del cribado, muy especialmente en el ámbito de captación activa por el médico de familia de la población general de riesgo medio, siendo difícilmente extrapolable su actuación a la mayor parte de la red de atención primaria del sistema sanitario, en ausencia de un contexto institucional y organizativo que favorezca y promueva este tipo de actuaciones, además de reconocerlas específicamente dentro de las tareas a realizar en la correspondiente cartera de servicios o contrato programa.

Lo relevante de este estudio no son los hallazgos en términos de presencia o ausencia de patología en el colon, pues existe suficiente evidencia científica que soporta la validez de las estrategias ofrecidas (sangre oculta en heces o colonoscopia) y su aplicación en función de la población a quien se dirija (riesgo medio o riesgo familiar), que se han demostrado muy eficaces en la prevención del cáncer de colon y con un ratio de coste- efectividad muy superior a

estrategias implantadas frente a otras patologías. En cambio hemos pretendido abordar la aceptabilidad para la realización de estas exploraciones, que a su vez se encuentra condicionada por múltiples variables, entre las que deben considerarse el grado de conocimiento de la población sobre esta patología y su posible prevención, la disposición a aceptar los inconvenientes y riesgos derivados de una colonoscopia, no siempre conocidos, pero también los propios riesgos derivados de una determinación de sangre oculta en heces en cuanto a lo que puede suponer de "intromisión" en la vida de una persona asintomática y la necesidad de que el sistema sanitario pueda responder adecuadamente a la demanda de exploraciones inducida por este tipo de situaciones, junto con las consecuencias psíquicas de la implantación de estos programas y los diferentes resultados que puedan derivarse de ellas. Y es que estas actuaciones suponen también un reto para las organizaciones sanitarias, en términos de evitar costes de oportunidad en la realización de exploraciones frente a individuos sintomáticos, siendo además obligada la implicación de toda la red asistencial, en los ámbitos de atención primaria, atención especializada y equipos de salud pública, conformándose así un escenario altamente complejo, pretendiendo con nuestro estudio aportar únicamente un pequeño grano de arena en los aspectos que ha sido posible evaluar.

Analizando los resultados de la captación de población de riesgo medio en el ámbito de atención primaria, se constata cómo el ofrecimiento de cribado, aún realizándose a lo largo de amplio periodo de tiempo, no pudo ser ofrecido a casi la mitad del universo de población susceptible, dado que no acuden habitualmente al médico de familia, o bien lo hacen en muy pocas ocasiones, las cuales no coinciden con la suficiente disponibilidad temporal para la realización de la tarea de captación para el cribado de colon por parte del profesional sanitario. Se confirma con ello la obviedad de que estas actuaciones deben ser organizadas institucionalmente y no pueden pivotar exclusivamente o de forma prioritaria sobre la captación proactiva oportunista en las consultas de atención primaria. Sin embargo, los datos del estudio revelan una tasa de aceptación para la inclusión en el programa de cribado que si bien podría parecer no muy elevada (45,6%), es superior a la obtenida en la mayoría de los programas de cribado institucional mediante test de sangre oculta en heces enviado a su domicilio. Y resulta llamativo que la aceptación para la realización de colonoscopia llegó a ser superior a la de la determinación del test de sangre oculta en heces, muy posiblemente por la cercanía de la relación entre la persona objeto de estudio y el profesional sanitario, lo que permitía superar los habituales problemas derivados de la aceptación para la colonoscopia en cuanto a las molestias y riesgos de la exploración, la cual es profesionalmente entendida como más resolutiva que la determinación de sangre oculta en heces.

Respecto a la captación hospitalaria de los casos familiares de casos incidentes, pese a la implantación de un programa activo de información al respecto no fue posible contactar con el 21% de las familias, con una tasa de aceptación de colonoscopia del 45% entre los contactados que cumplían criterios de estudio. Estos porcentajes traducen en amplio campo de mejora, que posiblemente venga derivado no ya tanto de incrementar el esfuerzo de captación hospitalario por quienes ya lo realizan sino mediante una perseveración e implicación en esta política entre todos los agentes de atención especializada que intervienen en el proceso asistencial, unido a la creciente avalancha de información a la sociedad sobre el riesgo familiar de neoplasia de colon, la propia implicación de la organización y las autoridades sanitarias y la extensión de esta política al ámbito de atención primaria. En este sentido, nuestro grupo de investigación ha desarrollado otra línea de trabajo destinada a conocer la aceptabilidad e implicación de los profesionales de atención primaria en este tipo de actuaciones, y en el Principado de Asturias hemos asistido recientemente a la implantación del programa de cribado de cáncer de colon entre personas con riesgo familiar, incluyendo en el contrato- programa de los centros sanitarios indicadores tendentes a favorecer la realización de colonoscopias por este motivo, junto con un protocolo de derivación directa desde atención primaria para la realización de estas exploraciones, partiendo no ya de los casos

incidentes sino de los programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito de atención primaria, mediante la identificación en el historial clínico de aquellas personas que cuentan con este tipo de antecedentes familiares.

Con todo ello, en el momento actual en Asturias los recursos de cribado se encuentran centrados en el subgrupo poblacional de riesgo familiar, como paso previo a la implantación de un programa de cribado general en población de riesgo medio, que es la que concentra la mayoría de los casos de cáncer de colon y precisará un abordaje estratégico desde el ámbito de la salud pública y el conjunto del sistema sanitario, respondiendo así al objetivo de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud[2], que pretende que en el año 2015 se alcance una cobertura del 50% en los programas de cribado de cáncer de colon en población con edades comprendidas entre 50 y 69 años.

Bibliografía

1. Levin B., Lieberman D.A., Mc Farlan B., Andrews K.S., Brooks D., Bond J. et al: Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi- society Task Force on colorectal Cancer and the American College of Radiology. Gastroenterol. 2008; 134: 1570-1595.

2.- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2009.

3.- Castells A., Marzo- Castillejo M., Mascort J.J., Amador F.J., Andreu M., Bellas B., et al. Guía de práctica clínica sobre la prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol. Hepatol. 2009; 32: 717.e1-717.e58.

4.- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Tasks Force recommendation statement. Ann. Inern. Med. 2008; 149: 627-637.

5.- Castells A. Prevención del cáncer colorrectal: Cribado, vigilancia y quimioprevención. Gastroenterol. Hepatol. 2005; 3: 47-50.

6.- Paz- Valiñas L., Atienza G. Cribado poblacional del cáncer colorrectal: Una revisión sistemática. Gastroenterol. Hepatol. 2004; 27: 450-459.

7.- Signan N., Senore C., Andreoni B., Arrigoni A., Bisanti L., Cardelli A., et al. Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer : Patient response and detection rates. J. Natl. Cancer Inst. 2005; 97: 347-357.

8.- Cockburn J., Thomas R.J., McLaughlin S.J., Reading D. Acceptance of screening for colorectal cancer by flexible sigmoidoscopy. J. Med. Screen 1995; 2: 79-83.

9.- Sheikh R.A., Kapres S., Calof O.M., Ward C., Raina A. Screening preferences for colorectal cancer: A patient demographic study. South Med. J. 2004; 97: 224-230.

10.- Lieberman D.A., Weiss D.G., Bond J.H., Ahnen D.J., Garewal H., Chejfec G., et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. N. Eng. J. Med. 2000; 343: 162-168.

11.- Johns L.D., Houlston R.S. A systematic review and meta- analysis of familial colorectal cancer risk. Am. J. Gastroenterol. 2001; 96: 2992-3003.

12.- Ladabaum U. When even people at high risk do not take up colorectal cancer screening. Gut 2007; 56: 1648-1650.

13.- Ferrández A., Thomson C., Sopeña F., Santolaria S., Lanas A. Prevención del CCR en familiares de primer grado mediante colonoscopia. Primeros resultados del programa de prevención en Aragón. Gastroenterol. Hepatol. 2005; 28: 150.

14.- Bujanda L., Sarasqueta C., Zubiaurre L., Cosme A., Mujñoz C., Sánchez A. Y cols. Low adherente to colonoscopy in the screening of first- degree relatives of patients with colorectal cancer. Gut 2007; 56: 1714-1748.

Palabras clave: Aceptación de la asistencia médica, Cribado, Detección precoz del cáncer, Neoplasia de colón

Notas metodólogicas

Herramientas para investigar

Investigación cualitativa: observar y preguntar de forma diferente

6/03/2011

Rafael Cofiño

Jefe del Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública y Participación

Editor del blog Salud Comunitaria

http:// saludcomunitaria.wordpress.com/

Mire la calle.
¿Cómo puede usted ser indiferente a ese gran río de huesos,
a ese gran río de sueños, a ese gran río de sangre,
a ese gran río?

Nicolás Guillén

Tu madre ha fallecido. ¿Cuál ha sido tu vivencia del proceso? ¿Cuál ha sido tu relación con los profesionales sanitarios que la han atendido? ¿Cómo se han realizado las visitas domiciliarias? ¿Has echado algo en falta? ¿Cómo podríamos mejorar? ¿Cómo podríamos conseguir que el proceso - inevitable - fuera realizado de la mejor forma ? profesional, humana- posible? [1]

¿Qué está pasando con la Atención Sanitaria en nuestra comunidad autónoma? ¿Qué está pasando con la Atención Primaria? ¿A qué es debido el desencanto general que se percibe en diferentes niveles? ¿Es "cierto"este desencanto? ¿Cómo es la relación de los profesionales que trabajan en la asistencia con los que trabajan en puestos de gestión? ¿Cómo podríamos mejorar? [2]

¿Cómo viven los chiquillos y los chiquillas cuando su madre tiene un cáncer de mama? [3] *¿Qué razones tiene la población para acudir a los servicios de urgencia? (4) ¿Cómo podemos evaluar nuestros programas de salud? ¿Sólo en términos frecuentistas?* [5,6]

Es difícil alcanzar un *conocimiento absoluto* de estas materias. Es imposible alcanzar un conocimiento *absoluto*.

En los últimos cincuenta años, en el terreno de la salud y de lo sanitario, y especialmente de la medicina, el mecanismo más utilizado de alcanzar *cierto* conocimiento ha sido el cuantitativo: contar sucesos, describir frecuencias, relacionarlas, nombrar posibilidades (probabilidades) de que algo ocurriera...

Puedo salir a mi sala de espera y decir que hay 10 hombres y 15 mujeres esperando. Y describir la proporción de hombres y mujeres respecto a la sala de espera o respecto a la población total de mi cupo. Incluso puedo describir algunas variables más: los que tienen pelo, las mujeres de pelo largo, los que tosen, los que usan gafas. Sería más complicado acertar cuántos me miran adecuadamente porque llevo un retraso considerable en la consulta (ya estaría interpretando signos más subjetivos: una mirada). Porque incluso *aún mirándome bien* - por ejemplo el gerente que justo estaba pasando por delante de mi puerta- se que *está mirándome mal*. Lo objetivo y lo subjetivo. Lo que puede constatarse y lo que requiere una observación más profunda.

Vamos un paso más adelante. Analizamos las consultas que hemos tenido esa mañana. 49. Llevo una media de 53 en las últimas semanas. ¿Sería capaz de describir el porcentaje de aquellos que teniendo un episodio leve de consulta (según *mi criterio*) lo viven como un episodio grave (según *su criterio*)? Los que lo han vivido con gravedad y tienen una elaboración - por los motivos que sea, no juzguemos- de ese proceso como *urgente y molesto* ¿por qué lo han elaborado así? ¿qué hay detrás de todo eso? ¿cuál es su *construcción*? Bien. Podemos tratar de describir algunas variables de esa población: su sexo, su edad, su profesión, si trabajan, cómo es su jefe, cómo es su situación familiar, su clase social...Podemos analizar esas variables (*de una en una o de tres en tres, tenerlas todas ¡qué fácil es*!) partiendo de una hipótesis y tratar de verificarla.

Pero también sería necesario preguntar de forma abierta. *Observar y preguntar de forma abierta*.

La consulta diaria es un laboratorio donde conviven procesos de investigación cualitativa y cuantitativa. Aquellos profesionales sanitarios que están más pegados al contexto real donde nacen, crecen, se reproducen y mueren las poblaciones saben bien esto. Lo saben de una forma tan natural que es curioso como el paradigma cuantitativo pudo estar tan hipertrofiado durante muchos años en detrimento de otras perspectivas de ciencias sociales que definen más claramente lo que es la Atención Sanitaria y la Salud.

Fernando Conde en un inteligentísimo texto publicado en el 2002[7] habla de esta necesidad de utilizar aproximaciones conjuntas cualitativas y cuantitativas, precisamente en un terreno, las Ciencias de la Salud, que beben de forma mestiza de Ciencias de la Naturaleza y de Ciencias Sociales y donde en la práctica clínica es abundante en la combinación entre lo objetivo (el signo) y lo subjetivo (el síntoma). Y no sólo en la práctica clínica: en la evaluación de nuevas tecnologías, en la evaluación de programas o en la evaluación de servicios y organizaciones...

Figura 1

Planos de la ambivalencia y de la articulación entre los síntomas y los signos

La observación de la realidad de un episodio (el fallecimiento y el proceso de cuidados en las fases terminales de la enfermedad) se enmarca no solamente, ni mucho menos, en un episodio biomédico de células deterioradas, proliferando en tejidos y de fármacos o terapias curativas o paliativas. El proceso ocurre en una familia concreta, en una casa concreta de un barrio concreto y dentro de un sistema sanitario y social (des)organizado territorialmente de una forma determinada. Y sobre todo en una persona, el paciente, con unas vivencias, unas expectativas, un nivel cultural, unas creencias...Todas esas circunstancias intervienen en lo que al final podamos *conocer* del proceso. Y entender todas ellas es hermoso, hermosamente complejo y necesita diferente miradas. La medicina y las ciencias de la salud son algo más

que ciencia. La Medicina, como bien se atrevió a definir un residente en el último curso que impartimos de cualitativa a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, es una "Ciencia Artística" [8].

En este sentido la mirada de la investigación cualitativa da conocer otra cara del cubo de la realidad (además de la que podemos conocer por la perspectiva cuantitativa), supone observar y preguntar a las personas implicadas directamente en el proceso. Mientras que desde la visión cuantitativa nos respondemos el qué y el porqué (desde una perspectiva de causa), con la mirada cualitativa trataremos de responder al cómo y a los porqués buscando una explicación de los fenómenos en su contexto real, lleno de significados y matices (el domicilio versus al laboratorio).

Una herramienta nuclear de la recogida de información dentro de la aproximación cualitativa es el grupo de discusión o las entrevistas. Los cuestionarios nos enfocan las respuestas, pero para determinados temas puede una ser una herramienta demasiado categorizada, demasiado estructurada a priori por el propio investigador. Un cuestionario o una entrevista con preguntas muy dirigidas puede ser muy necesario en ocasiones, pero en otras es necesario abrir la pregunta y abrir el espacio de respuesta para conocer en profundidad el discurso de las personas (el *"y qué más"* de la anamnesis clásica). Algunos autores incluso cuestionan que dirigir demasiado los grupos (grupos focales versus grupos de discusión) [9] puede adormecer un poco la iniciativa de abrir los oídos a lo que tengan que decir las personas. Esto es algo también nuclear en la clínica, acordaros de aquella premisa básica en la comunicación con los pacientes, *"Ojo, con las preguntas muy dirigidas. Haced preguntas abiertas. Escuchad bien lo que dice el paciente".* No interrumpir antes de tiempo lo que tienen que contarnos [10,11]

Esa es ni más ni menos la perspectiva cualitativa. Con disculpas anticipadas por el ejemplo, en el terreno de la salud las mejores habilidades para la investigación cualitativa estaría en los profesionales sanitarios de ramas más generales (medicina de familia, enfermería comunitaria y salubristas entre otros), con toda la grandeza de la palabra "general". La aproximación más holística a los procesos de lo que supone la salud y la enfermedad - y a los factores sociales y económicos, conductuales o de entorno determinantes - aproxima la visión de estas disciplinas a este enfoque de la investigación.

Dos hechos sustanciales han arropado la subida de la investigación cualitativa al parnaso de lo académico en el terreno de la Salud: uno fue la publicación de una serie de artículos en el British Medical Journal allá por los noventa retomando la importancia de la cualitativa en los términos hasta ahora referidos. Aunque muchos autores autóctonos venían defendiendo este papel antes [9], tuvieron que ser profetas de la no tan pérfida Albión los que nos hicieran caer del caballo (algo, por otra parte, muy propio de la idiosincrasia de este país); el segundo impulso está siendo la incorporación de valoración de investigaciones cualitativas en los criterios para referenciar los niveles de evidencia. El ensayo clínico aleatorio no sirve como patrón de oro de la "medicina basada en la evidencia" en determinadas intervenciones cuya complejidad, o el ser realizada en condiciones naturales, requiere otro tipo de estudio [12,13]. Existen varias publicaciones y revisiones de evidencia partiendo de esta orientación, revalorizando el papel de los estudios observacionales, con utilización de metodologías como el TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Non randomized Designs), el MOOSE (Meta- analysis Of Observational Studies in Epidemiology) o el STROBE (STrenghtening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) [13], y más allá , como la aproximación del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), buscando una graduación de la evidencia que integre de metodologías cualitativas y cuantitativas [14].

Trabajar en Salud es un arte. Una ciencia con características artísticas que tienen como objeto la producción de un elemento de belleza individual o poblacional: personas viviendo dentro comunidades, funcionando de forma autónoma pero en interacción continua con un elevado nivel de bienestar integral. Como bien sintetiza Cristina Pérez, la

metodología cualitativa es una buena herramienta que bebiendo de diferentes disciplinas, nos permitirá acercarnos al conocimiento de la realidad social donde viven inmersos esas personas y esas comunidades

"para practicar la investigación cualitativa son necesarios conocimientos sobre la subjetividad y el inconsciente (psicoanálisis), los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiología), el sentido de los mismos (semántica), la interpretación de los símbolos (hermenéutica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología). La metodología cualitativa es, pues, una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social" [9].

Agradecimientos:

A los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que han participado en las ediciones y han ido aportando pistas, realidad y terreno a muchas de estas reflexiones.

A Guillermo García y Valentín Sánchez, con los que iniciamos la formación de cualitativa a esos mismos residentes.

A Miguel Prieto que revisó el texto.

A Mª José Fernandez de Sanmamed por sus lecturas y sus valiosas recomendaciones.

A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias que apostó, no sin dificultades, a incorporar la investigación cualitativa en el programa formativo de los residentes.

Bibliografía

1. Thielemann P. Educational needs of home caregivers of terminally ill patients: literature review. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2000 Aug;17(4):253-257. Available from: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/11883801
2. Sancho Viudes S, Vidal C, Cañellas R, Caldés M, Corcoll J, Ramos M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Pública. 76(5):531-543.
3. Forrest G. Breast cancer in the family-- children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study. BMJ [Internet]. 2006 4;332(7548):998-1003. Available from: http:// www.bmj.com/ cgi/ doi/10.1136/ bmj.38793.567801.AE
4. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. [Reasons for attending emergency departments. People speak out]. Gac Sanit [Internet]. 2006 Apr;20(2):91-99. Available from: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/16753084
5. Seoane Pascual L. Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. [cited 2010 Oct 2];76(5):509-516. Available from: http:// scielo.isciii.es/ scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Sánchez- Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Atención Primaria. 1999;24:487-491.
7. Conde Gutierrez F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. Rev. Esp. Salud Publica. 2002 Oct;76(5).
8. Cofiño Fernández R. El agua contiene al vaso [Internet]. El agua contiene al vaso. Available from: https:// sites.google.com/ site/ elaguacontienealvaso/
9. Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Oct;76(5). Available from: http:// bit.ly/ aqjyXd

10. Minué S. La estrategia de la tortuga [Internet]. [cited 2010 Oct 12];Available from: http:// gerentedemediado.blogspot.com/2010/10/ la- estrategia- de- la- tortuga.html

11. Bodenheimer, T. Transforming practice. N Eng J Med. 2008;359:2086-2089.

12. Cofiño Fernández R, Alvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. [Health promotion based on evidence: do community health programmes really work?]. Aten Primaria [Internet]. 2005 May 31;35(9):478-483. Available from: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/15919022

13. Morales Asencio J, Gonzalo Jimenez E, Mart¡n Santos FJ, Morilla Herrera JC. Salud Pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 82(1). Available from: http:// bit.ly/ aBhLKb

14. Weightman A, NHS Health Development Agency. Grading evidence and recommendations for public health interventions : developing and piloting a framework. London: Health Development Agency; 2005.

Palabras clave: Herramientas para investigar, Investigación cualitativa

Revisión a los clásicos

"Parto vaginal de nalgas: una opción todavía segura"

6/03/2011

Navarro M.; García Adánez JM.; Escudero A.; Sánchez M.; Vaquerizo O.

Hospital Universitario Central de Asturias

"Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group"

Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Lancet 2000;356:1375? 83.

En el año 2000 se publicó el Term Breech Trial (TBT)[1], un ensayo clínico randomizado con la participación de 121 centros de 26 países. Incluía a 2088 mujeres con feto a término en presentación de nalgas puras o completas que fueron asignadas aleatoriamente en dos ramas; cesárea electiva o parto vaginal programado. Los autores señalaban que la mortalidad perinatal, mortalidad neonatal y morbilidad neonatal grave eran significativamente menores en el grupo de la cesárea comparado con el parto vaginal. En cuanto a la mortalidad materna o morbilidad materna grave, no se encontraron diferencias entre los grupos. La conclusión de los autores fue que la cesárea era más segura que el parto vaginal en los fetos a término en presentación de nalgas.

Comentario

Las conclusiones del estudio del TBT fueron asumidas inmediatamente por toda la comunidad científica. Sociedades de referencia como el American College of Obstetricians and Ginecologists (ACOG)[2] y la Cochrane aceptaron las recomendaciones tan pronto fueron publicadas. Nunca antes en la historia de la obstetricia, un solo ensayo de investigación había cambiado tan radicalmente la práctica médica. Esto se refleja en una encuesta reciente, en la que el 92.5% de los hospitales encuestados había abandonado el parto vaginal en favor de la cesárea. Los obstetras, también aceptaron las recomendaciones del TBT con satisfacción. Era más fácil realizar una cesárea que un parto vaginal y además se requería menos experiencia. Por otro lado, desde el punto de vista médico- legal, parecía más probable tener un litigio en caso de parto vaginal que de cesárea.

Desde entonces, han aparecido publicaciones adicionales que han ido modificando las conclusiones del TBT. Los mismos autores publicaron los resultados en el seguimiento a dos años[3]. Referían que la cesárea programada no estaba asociada con una reducción del riesgo de muerte o retraso neurológico en los niños a los dos años de edad. En cuanto a los resultados maternos, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Esto, invalida por completo las conclusiones iniciales, basadas "solamente" en la morbilidad a corto plazo.

Otro de los participantes en al TBT, Glezerman[4], refiere que se cometireron errores graves en el diseño del estudio, los métodos y las conclusiones. Hubo una falta de adherencia a los criterios de inclusión, el estándar de cuidados fue muy variable entre los centros y en algunos casos, el parto vaginal no fue atendido por un experto. Llama la atención la violación de los criterios de inclusión. En muchos casos las mujeres fueron reclutadas durante la fase activa de parto; en el 30% de los casos no había estudio de imagen para excluir la hiperextensión de la cabeza fetal; se incluyeron dos pares de gemelos, un anencéfalo y dos muertes fetales previas a la randomización; y la proporción de fetos mayores de 4000g.

fué mayor en la rama del parto vaginal. En cuanto a los cuidados, hubo una disponibilidad variable de obstetras, anestesistas y pediatras así como de infraestructura. Esto condicionaba la capacidad de reacción ante una emergencia. Los partos vaginales fueron realizados un 18.5% por médicos residentes, un 2.9% por matronas y un caso por una residente de matrona. Además, numerosos fetos con crecimiento intrauterino restringido (algún gemelo), fueron incluidos inapropiadamente en el estudio y figuraban en las estadísticas de mortalidad. Con todos estos datos, los autores concluían que muchos de los casos de mortalidad y morbilidad neonatal no podían ser atribuidos al tipo de parto.

Aunque no se ha realizado un ensayo clínico randomizado, hay varios estudios que obtienen excelentes resultados manejando protocolos específicos. La National Maternity Hospital of Dublin, aplicando su protocolo[5], obtiene resultados perinatales similares en Test de Apgar y ph de cordón a la cohorte de la cesárea electiva en el TBT y a los partos en presentación cefálica de bajo riesgo asistidos en la misma institución. En 138 maternidades francesas y 36 belgas se realizó un estudio prospectivo [6] incluyendo 8105 gestantes con feto en presentación de nalgas. Se comparó el parto vaginal programado y la cesárea electiva. Concluían que el parto vaginal es una práctica segura en los lugares donde se realiza de manera habitual y siguiendo criterios estrictos.

La aplicación de las conclusiones de este estudio, con mala calidad metodológica, resultó prematura y equivocada. La posterior rectificación de la ACOG y otras sociedades llegó tarde. En el año 2006, la ACOG[7] cambia su postura y su recomendación, y así, el parto vaginal de nalgas recupera su condición de opción razonable en hospitales con un protocolo específico, en pacientes correctamente seleccionadas y con un obstetra experimentado. Durante cinco años se dejó de asistir partos vaginales en presentación de nalgas. La docencia fue interrumpida y la mayor parte de obstetras en formación no han aprendido las maniobras de asistencia al parto en podálica. Además, el antecedente de cesárea anterior condiciona el futuro genésico de la pareja. Su repercusión ha sido evaluada en algunos países. Se espera un incremento en la incidencia de placenta previa, rotura uterina, hemorragia fetal, muerte fetal inexplicada y mortalidad materna entre otras complicaciones. La medicina basada en la evidencia ofrece una nueva oportunidad al parto vaginal de nalgas. Las instituciones sanitarias y los servicios de obstetricia deberían apoyar y organizar modelos de asistencia para la recuperación de esta práctica, en la cual la presencia de obstetras expertos es requisito imprescindible.

Bibliografía

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375? 83.

2. ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. Number 265, December 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists.

3.Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191:864? 71.

4. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. Glezerman M. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 194 (1) (pp 20-25), 2005.

5. Alarab M, Regan C, O? Connell MP, Keane DP, O? Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol 2004;103:407? 12.

6. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Goffinet F., Carayol M., Foidart J.- M., Alexander S., Uzan S., Subtil D., Breart G. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 194 (4) (pp 1002-1011), 2006

7. ACOG committee opinion no. 340: Mode of term singleton breech delivery. Obstetrics and Gynecology. 108 (1) (pp 235-237), 2006.

Palabras clave: Cesarea, Nalgas, Parto vaginal

Selección de informes » Medicina Preventiva

Eficacia y eficiencia de los hipolipemiantes. Un análisis centrado en las estatinas

6/03/2011

Introducción

Las patologías cardiovasculares son una importante causa de mortalidad y discapacidad y las dislipemias suponen un factor de riesgo de estas enfermedades.

Las modalidades de control de las dislipemias comprenden reglas higiénico- dietéticas y tratamientos médicos de los parámetros lipídicos: estatinas, fibratos, ézétimibe, acido nicotínico, omega 3 y resinas de intercambio iónico.

Objetivos

El informe que se presenta se centra en la eficacia y eficiencia de las estatinas, y pretende orientar la decisión pública y profesional sobre su función en el tratamiento de la hipercolesterolemia y la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Métodos

La metodología de la evaluación consiste en: un análisis crítico de la información médica y económica disponible, diferentes estudios cuantitativos (análisis de tres bases de datos de prescripción, metanálisis de datos de morbimortalidad, estimación del modelo de efectos de las estatinas sobre la mortalidad por todas las causas, evaluación coste- resultado de las diferentes estatinas sobre el parámetro biológico LDL- c) y discusión de grupo multidisciplinar. Las conclusiones de esta investigación se sometieron a un grupo de lectura igualmente multidisciplinar y a una consulta pública.

La evaluación se basa en datos de eficacia (reducción de la mortalidad por todas las causas y reducción de la morbimortalidad cardiovascular), de tolerancia (efectos adversos severos) y de eficiencia (años de vida ganados, mortalidad evitada y años de vida ganados ajustados por calidad).

Conclusiones

El tratamiento con estatinas (para el conjunto de ellas) disminuye un 10 % el riesgo de mortalidad por todas las causas y el riesgo de accidentes cardiovasculares entre un 15 % y 23 % según los accidentes estudiados. El ratio coste eficacia se considera favorable como prevención secundaria y como prevención primaria en pacientes de alto riesgo.

Las diferentes estatinas no tienen efectos significativamente diferentes en términos de mortalidad por todas las causas. Este estudio no permite comparar con rigor el efecto para cada causa.

Hay una relación probada entre la reducción del LDL- c y la reducción de la enfermedad cardiovascular. La reducción del LDL- c puede ser aceptada como un indicador intermedio de morbilidad cardiovascular. Las estatinas tienen una eficacia biológica diferente, es preciso considerar este segundo criterio, cuando se considera necesario un tratamiento inicial, para decidir qué estatina es la más eficiente, en función de la reducción del LDL- c pretendida y del riesgo cardiovascular del paciente.

Los efectos indeseables son idénticos en frecuencia y en naturaleza para todas las estatinas estudiadas y su frecuencia de aparición es dosis- dependiente para cada molécula.

El beneficio absoluto individual en términos de reducción del riesgo de mortalidad por todas las causas es proporcional al riesgo cardiovascular del paciente. El criterio para definir la estrategia terapéutica es la reducción del riesgo

cardiovascular y de la morbimortalidad. Serán necesarios estudios adicionales para estimar el riesgo cardiovascular a partir del cual está justificado un tratamiento con estatinas.

La jerarquía de precios de las distintas presentaciones no es estrictamente proporcional con la progresión de la eficacia en la reducción del LDL- c de las mismas.

Referencia

Efficacité et efficience des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. 09 juin 2010. HAS Haute Autorité de Santé.

ver informe completo

Palabras clave: Cardiovascular, Endocrinología, Evaluación económica, Metabolismo

Selección de informes » Medicina Preventiva

Estrategias poblacionales para el abandono del hábito de fumar

6/03/2011

Introducción

El consumo de tabaco es una de las primeras causas de morbi- mortalidad prevenibles, en Ontario, ya que se encuentra ligado a aproximadamente 13.000 muertes prematuras anuales atribuidas a cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad obstructiva crónica de pulmón. En Ontario, los costes sanitarios se elevan a $6,1 billones anuales, cerca de $502 por persona (incluyendo a no fumadores) lo que representa un 1,4% del producto interior regional. En 2007 había entre 1,7 y 1,9 millones de fumadores en Ontario, de los cuales dos terceras partes estaban dispuestos a dejar de fumar en los próximos seis meses y un tercio en los próximos 30 días. Durante 2007 y 2008 se invirtieron $15 millones en programas para dejar de fumar y formación. En junio de 2009 el Ministerio de Promoción de la Salud solicita al Medical Advisory Secretariat que elabore un resumen de la evidencia existente respecto a las estrategias poblacionales para dejar de fumar.

Objetivos

Resumir la evidencia disponible sobre los resultados clínicos y económicos de las estrategias poblacionales para dejar de fumar.

Metodología

Se seleccionaron varias estrategias: campañas publicitarias masivas, consejo telefónico, programas en universidad, intervenciones comunitarias, consejo médico, intervenciones enfermeras, intervenciones hospitalarias y terapias farmacológicas específicamente tratamientos sustitutivos de la nicotina, antidepresivos, ansiolíticos, clonidina, antagonistas opioides entre otras.

La pregunta utilizada para la búsqueda fue: ¿Cuáles de las estrategias poblacionales para dejar de fumar son eficaces y coste- efectivas?

Se realizó una búsqueda preliminar en Medline para identificar las principales revisiones sistemáticas, meta- análisis y las evaluaciones de tecnología sanitaria (HTAs) relacionadas con el abandono del tabaco.

Considerando la disponibilidad de varias revisiones Cochrane sobre el tema no se realizó una nueva búsqueda sistemática. Para la evaluación económica de las estrategias para dejar de fumar, se hizo una búsqueda en las bases de datos pertinentes, HTAs y Cochrane Reviews. Este informe, por tanto, es un resumen de las revisiones sistemáticas disponibles.

Resultados

El primer resultado clínico de interés fue la abstinencia de tabaco a los 6 meses de seguimiento. El primer resultado de interés para el análisis económico fue la razón coste efectividad.

La evidencia sugiere que el tratamiento farmacológico, el consejo médico, las intervenciones enfermeras, las intervenciones hospitalarias y el consejo telefónico son eficaces y coste- efectivas a corto plazo.

La pobre calidad de los datos de las otras intervenciones, campañas publicitarias masivas, intervenciones comunitarias, las intervenciones en los ámbitos universitarios, etc, dificulta la evaluación clínica y económica.

Las estrategias mas efectiva son: la vareniclina, bupropión y los tratamientos sustitutivos de la nicotina, seguidos del consejo médico y las intervenciones enfermeras en personas fumadoras sin enfermedad cardiovascular.

Referencia

Medical Advisory Secretariat. Population- based smoking cessation strategies: a summary of a select group of evidence- based reviews. Ontario Health Technology Assessment Series 2010;10(1).

ver informe completo

Palabras clave: Evaluación clínica, Evaluación económica, Intervenciones para dejar de fumar, Revisión narrativa

Selección de informes » Cáncer

Quimioprofilaxis del cáncer colorrectal: revisión sistemática y evaluación económica

6/03/2011

Introducción

El cáncer colorrectal es un tumor maligno que se origina en el revestimiento del intestino grueso (colon y recto); es el tercer cáncer más común en el Reino Unido, con aproximadamente 32.000 nuevos casos cada año en Inglaterra y Gales.

La incidencia aumenta con la edad, siendo la edad media al diagnóstico es de más de 70 años. Los factores ambientales como la dieta, el ejercicio, la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol se cree que afectan el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

Aproximadamente el 25% de los cánceres colorrectales ocurren en personas con antecedentes familiares, incluyendo 5% causados por los síndromes genéticos poliposis adenomatosa familiar (FAP) o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (HNPCC). El riesgo es también mayor en los individuos con enfermedad inflamatoria intestinal.

La tasa de supervivencia global a 5 años para el cáncer colorrectal en Inglaterra y Gales es de aproximadamente 50%, pero varía según estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Se cree que la mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan a partir de pólipos adenomatosos derivados de la mucosa del intestino. La mayoría de los adenomas son asintomáticos y no desarrollan cáncer, aproximadamente un tercio de la población presenta al menos un adenoma a los 60 años. La evidencia indirecta sugiere que los adenomas pueden estar presentes durante 10 años o más antes de evolucionar a neoplasia.

Se ha desarrollado en todo el Reino Unida la detección del cáncer colorrectal a través de pruebas de sangre oculta en heces. Las personas con pólipos adenomatosos se someten a una polipectomía (extirpación de los pólipos) y se les invita a realizar vigilancia endoscópica, es decir, se repiten los exámenes a intervalos regulares.

Objetivos

Esta revisión evalúa la eficacia clínica y la relación coste efectividad de los fármacos y las intervenciones con micronutrientes para la prevención del cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en la población con riesgo de presentar cáncer colorrectal.

Las intervenciones evaluadas son: los fármacos anti- inflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo la aspirina y la ciclo- oxigenasa-2 (COX-2) inhibidores, ácido fólico, calcio, vitamina D y los antioxidantes (como vitamina A, vitamina C, vitamina E, selenio y betacaroteno).

La quimioprofilaxis se evalúa en los siguientes grupos de población: población general (o personas que no tienen mayor riesgo de cáncer colorrectal), las personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal debido a una historia personal de pólipos adenomatosos, antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal, y personas con FAP o HNPCC.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática para identificar ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) de medicamentos y agentes nutricionales para la prevención del cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos.

Independientemente se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar los estudios cualitativos sobre las opiniones de las personas, actitudes y creencias sobre la quimioprofilaxis, para investigar el cumplimiento esperado y otros temas de implantación.

La búsqueda de ensayos clínicos aleatorios sobre efectividad clínica se realizó en las siguientes bases de datos: MEDLINE, Medline In- Process, EMBASE, CINAHL, la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, DARE, NHS- EED (NHS Economic Evaluation Database), la HTA base de datos Science Citation Index, BIOSIS previews.

También se realizó la búsqueda en el registro de Current Controlled Trials, que incluye el registro de ensayos de Investigación Médica del Consejo, Reino Unido Red de Investigación Clínica, y los archivos del Registro Nacional de Investigación.

Se desarrolló un modelo de simulación para evaluar la relación coste- efectividad de la quimioprofilaxis para dos poblaciones con diferentes niveles de riesgo de desarrollar cáncer colorrectal: (1) población general (quimioprofilaxis a partir de los 50), (2) hombres y mujeres con un riesgo medio de cáncer colorrectal debido a pólipos anteriores (quimioprofilaxis a partir de los 61).

El modelo simula la historia natural de la enfermedad de cáncer colorrectal y el impacto de la quimioprofilaxis sobre la historia natural a través de distintos servicios del Reino Unido que incluye el cribado, vigilancia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Los resultados se presentan en términos de coste incremental por año de vida ganado y coste incremental por año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC).

El análisis se realiza desde la perspectiva del Servicio de Salud del Reino Unido y tanto costes como beneficios se descuentan a una tasa del 3,5% anual.

Resultados

Resultados de la eficacia clínica en población general y en grupos con riesgo

En la búsqueda de ECAs de agentes quimioprofilaxis se identificaron 116 referencias, de ellas 44 ECA pertinentes: diez ECAs de aspirina, nueve ECAs de AINE sin aspirina, seis ECAs de calcio y/ o vitamina D, seis ECAs de ácido fólico y diecinueve ECAs de antioxidantes. También se identificaron revisiones sistemáticas y seis estudios en curso.

La aspirina

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

Se encontraron cuatro estudios (todos de buena calidad, *n* = 2692) evaluaron la aspirina (81-325 mg / día) en personas con antecedentes de adenomas (tres estudios) o antecedentes de cáncer colorrectal (un estudio) con un seguimiento de 3 años en tres de los cuatro estudios.

Se muestra una reducción estadísticamente significativa del 21% en el riesgo relativo de recurrencia del adenoma (RR 0,79; IC 95% 0,68 a 0,92) para la aspirina versus no aspirina (en dos estudios, el 50% de los participantes en ambos grupos también recibieron ácido fólico), y un resultado similar se obtuvo al comparar la aspirina sola versus placebo solo.

La incidencia de adenomas avanzados también se redujo significativamente al comparar la aspirina versus no aspirina (RR 0,66; IC 95% 0,51 a 0,84) lo que ya o fue significativa cuando se compara la aspirina sola versus placebo solo). La aspirina combinada con el ácido fólico no produce una reducción estadísticamente significativa en los adenomas y los adenomas avanzados.

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

De los cuatro estudios de la aspirina en la población general, dos estudios de alta calidad administraron una dosis relativamente baja del ácido acetilsalicílico (100-325 mg cada dos días) con un seguimiento de 5-10 años de duración.

Dos estudios más pequeños, uno de calidad razonable y no ciego y de una calidad ligeramente inferior, administrado una dosis mayor de aspirina (300-1500 mg/ día) durante 1-7 años con un seguimiento a 23 años.

El análisis de los cuatro estudios *(n* = 69535) no mostró ningún efecto sobre el cáncer colorrectal en los primeros 10 años de seguimiento (RR 1,01; IC 95% 0,84 a 1,21).

Sin embargo, el análisis de los dos más pequeños, con dosis más altas (n = 7588) demostraron una reducción significativa del 26% en la incidencia de cáncer colorrectal en el período de 23 años de seguimiento (RR 0,74,; IC 95% 0,57 a 0,97). Y una reducción aún mayor se observó al analizar los 10-19 años solamente (RR 0,61; IC 95% 0,43 a 0,88).

Los efectos adversos de la aspirina se asocia con un mayor riesgo de toxicidad gastrointestinal, como náuseas y la dispepsia, úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal.

En el contexto de la enfermedad cardiovascular, un reciente meta- análisis sugiere que la aspirina puede reducir el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico, pero aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico y sangrado interno. Por lo tanto, los beneficios de la aspirina puedrían ser mayores que el daño en los individuos con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, pero no necesariamente en la prevención primaria.

Los AINE sin aspirina

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

Dos estudios de alta calidad evaluaron celecoxib (400 mg / día) en personas con antecedentes de adenomas (n = 2618) con un seguimiento de 3 años. Hubo una reducción estadísticamente significativa del 34% en el riesgo relativo de recurrencia del adenoma (RR 0,66; IC 95% 0,60 a 0,72) y una reducción estadísticamente significativa del 55% en el riesgo relativo de incidencia de adenoma avanzado (RR 0,45; IC 95%; 0,35 a 0,58).

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

Ningún estudio evaluó el efecto de los AINE sin aspirina en la población general.

Los efectos adversos, los dos ensayos celecoxib en pacientes con antecedentes de adenomas se terminaron antes de tiempo debido a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves, que fue estadísticamente significativa en uno de los estudios. Una revisión publicada de las revisiones sistemáticas de los efectos adversos también demostró un mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves con inhibidores COX-2, el riesgo es mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular preexistente.

Dos inhibidores COX-2, rofecoxib y valdecoxib, se retiraron recientemente de su uso como el resultado de las preocupaciones sobre su toxicidad cardiovascular, un estudio con rofecoxib fue excluida de esta revisión. Los inhibidores COX-2 también puede aumentar los riesgos de la hipertensión y la toxicidad renal.

Los AINE también pueden causar toxicidad gastrointestinal superior, aunque el riesgo es menor para los inhibidores COX-2 que para algunos otros tipos de AINE

Ácido Fólico

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

Se encontraron dos estudios con ácido fólico (dosis de 0,5-1,0 mg / día, n=1840), de buena calidad y seguimiento de 3 años.

Ambos fueron estudios factoriales de 2x2 donde el 50% de los participantes en también recibieron aspirina.

No hubo resultado significativo del ácido fólico en comparación con placebo en la recurrencia de adenomas (RR 1,16; IC 95% 0,97 a 1,39).

No hubo resultados significativos sobre la incidencia de adenoma avanzado.

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

Tres estudios evaluaron el ácido fólico más vitaminas del grupo B (n = 11.062), la dosis fue de 2,5 mg / día en dos estudios (uno de alta calidad, otro de calidad razonable) y 20 mg / día en el tercero (de baja calidad). No hubo un efecto estadísticamente significativo en el riesgo relativo de cáncer colorrectal (RR 1,13; IC 95% 0,77 a 1,64).

Sin embargo, la duración del seguimiento fue de 5 a 7 años, tiempo no suficiente para encontrar un efecto sobre la incidencia de cáncer.

Efectos adversos, ningún estudio informó sobre diferencias en las tasas de eventos adversos graves entre el grupo de ácido fólico y el de placebo.

El calcio y / o vitamina D

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

Se analizaron dos estudios de buena calidad con tratamiento con calcio (1200-2000 mg / día) (n = 1186) demostraron una reducción estadísticamente significativa del 18% en el riesgo de recurrencia del adenoma después de 3-4 años de seguimiento (RR 0,82; IC 95% 0,69 a 0,98) y una reducción no significativa del riesgo de adenomas avanzados (RR 0,77; IC 95% 0,50 a 1,17).

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

Se evaluaron dos estudios con tratamiento con calcio (1000-1500 mg / día) y vitamina D (400 a 1.100 UI / día), uno de buena calidad y otro de baja calidad (n= 37.016).

No se observó un efecto significativo en el riesgo relativo de cáncer colorrectal (RR 1,08; IC 95% 0,87 a 1,34). Sin embargo, la duración del seguimiento fue de 4-7 años, lo que puede ser insuficiente para detectar un efecto sobre la incidencia de cáncer.

Efectos adversos, ningún estudio informó de eventos adversos graves asociados con el calcio y/ o vitamina D.

Los antioxidantes

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

Se encontraron seis estudios con antioxidantes (como las vitaminas A, C y E, beta- caroteno o selenio) (n = 1706) con seguimiento entre 2-5 años de duración. Las dosis y combinaciones variaron entre los estudios, al igual que la calidad de los mismos.

No se demostraron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo relativo de recurrencia de adenoma, ya sea cuando todos los antioxidantes se analizaron juntos (RR 0,78; IC 95% 0,54 a 1,14) ocuando las combinaciones específicas se evaluaron por separado.

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

Se analizaron doce estudios de antioxidantes (n = 148922), con un seguimiento del tratamiento de 5 a 12 años. La calidad de los estudios fue variable.

En nueve se comparaban tratamiento con antioxidantes y sin ellos, no hubo diferencia en la incidencia de cáncer colorrectal (RR 1,00; IC 95% 0,88 a 1,13).

El único estudio que evaluó el efecto de los antioxidantes sobre la incidencia de adenomas en la población de bajo riesgo, no demostró un efecto estadísticamente significativo.

Los efectos adversos notificados de antioxidantes en los estudios incluidos fueron prurito (vitaminas A, C, E), epistaxis (vitamina E), un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de ictus hemorrágico (vitamina E), alopecia y dermatitis (selenio), coloración amarillenta de la piel y eructos (beta- caroteno).

Otras revisiones han demostrado que los antioxidantes no reducen la incidencia de cáncer gastrointestinal (beta-caroteno y vitamina A, posiblemente incrementan el riesgo), y la vitamina que A, vitamina E y beta- caroteno pueden aumentar la mortalidad global.

Estudios observacionales han demostrado los posibles efectos perjudiciales de los suplementos antioxidantes sobre la mortalidad cardiovascular, el cáncer de próstata y cáncer de pulmón.

Resumen de los resultados coste- efectividad

Población general (personas sin riesgo elevado de cáncer colorrectal):

El análisis del modelo sugiere que la política más coste- efectiva sería proporcionar quimioprofilaxis a todas las personas en la población general con edades comprendidas entre 50 y 60 años.

Este análisis sugiere que el uso de la aspirina como quimioprofilaxis unido a una estrategia de cribado en la población general, tendría un coste por año de vida ganado de aproximadamente £10.000 y un coste por AVAC de £23.000 en comparación con sólo cribado.

Suponiendo una disposición a pagar de £30.000 por AVAC ganado, la probabilidad del cribado mas aspirina como quimioprofilaxis produzca mayores beneficios netos que la estrategia de cribado solamente, se calcula en un 80%.

Todas las otras estrategias analizadas para la población general dieron lugar a una relación coste- efectividad mayor de £ 30.000 por AVAC ganado.

Este análisis está sujeto a una incertidumbre considerable debido a la falta de evidencia, en particular la relacionada con la eficacia a largo plazo y los eventos adversos a largo plazo de la aspirina como quimioprofilaxis.

Personas con antecedentes de adenomas o cáncer colorrectal:

El modelo sugiere que las políticas por grupos de edad más coste- efectivas sería la de proporcionar quimioprofilaxis a las personas de edad comprendida entre los 61 y 70 años después de una polipectomía.

Se estima que la quimioprofilaxis con calcio presente un coste por AVAC ganado de £8.000 en comparación con sólo cribado.

Aunque la quimioprofilaxis con aspirina unida al cribado se estima más eficaz y menos costosa que el cribado solamente, teniendo en cuenta el balance entre beneficios y daños de la aspirina y el calcio, la aspirina será una estrategia ampliamente dominada por el calcio.

Los resultados deben interpretarse con cautela debido a la incertidumbre en los parámetros del modelo.

Referencia

K Cooper, Escuderos, Carroll C H, Papaioannou D, Stand A, Logan, RF, et al. Health Technol Assess14 La quimioprevención del cáncer colorrectal: revisión sistemática y evaluación económica). Salud Technol Evaluar 2010; 14 (32)

ver informe completo

Palabras clave: Cáncer colorectal, Cribado, Evaluación económica, Quimioprofilaxis

Selección de informes » Organización Sanitaria

Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios

6/03/2011

Introducción

La obtención de recursos a través de la desinversión de tecnologías sanitarias que «no sirven» y su reinversión en tecnologías sanitarias que cumplen con los criterios de seguridad, efectividad y coste- efectividad puede ayudar a mejorar la calidad asistencial de los sistemas sanitarios. Sin embargo, la experiencia prueba que se trata de un proceso difícil debido en parte a la falta de mecanismos administrativos fiables para identificar y priorizar tecnologías sanitarias de dudosa efectividad clínica o coste- efectividad. El año pasado, se comenzó a trabajar en España en un proyecto nacional sobre «La identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias potencialmente obsoletas». Sin embargo, la desinversión tecnológica también ha de ocuparse de aquellas tecnologías que sean ineficaces/ inefectivas, ineficientes o potencialmente dañinas, y de ahí la necesidad de elaborar una guía que ayude a desarrollar un proceso racional para no financiar este tipo de tecnologías.

Objetivo

El objetivo de esta guía es ayudar a establecer un proceso adecuado, entendido como transparente, sistemático y explícito, para valorar la posibilidad de no financiar determinadas tecnologías sanitarias o sus indicaciones particulares, que por la razón que sea no cumplen con el objetivo para el que fueron originalmente financiadas.

Métodos

Se utilizó la técnica del grupo nominal, con la que se pretendían extraer todos los puntos clave a tener en cuenta en el establecimiento de un proceso de «desinversión tecnológica». Para la composición del grupo nominal se seleccionaron diez profesionales que trabajaban en diferentes áreas relacionadas con la asistencia sanitaria, la administración y la evaluación. Ocho preguntas relacionadas con la desinversión tecnológica fueron formuladas a este grupo. Las ideas propuestas se discutieron por teleconferencia. Para cada pregunta, cada participante tuvo que seleccionar las diez ideas que él o ella consideraba más importantes, ordenándolas del diez al uno (de mayor a menor importancia). Las ideas consensuadas fueron aquellas que recibieron al menos cinco votos de seis o más puntos. Las estructuras de la «Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías en los hospitales» (GANT) y de la «Guía de introducción de nuevas pruebas genéticas» (GEN) elaboradas por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) fueron tenidas en cuenta para elaborar el borrador de la Guía GuNFT. Este borrador fue revisado por dos revisores externos relacionados con la evaluación de tecnologías sanitarias en el ámbito hospitalario, traducida al inglés y revisada nuevamente por dos expertos internacionales en el área de la desinversión de tecnologías sanitarias.

Resultados

De todas las ideas propuestas por el grupo nominal (139 en total) fueron finalmente seleccionadas 35. Básicamente, una tecnología no debería ser financiada si hay evidencia sobre el empeoramiento global de la salud del paciente al que se aplica, si el riesgo potencial de la tecnología no es asumible o si ésta produce un grado de disconfort o tiene un impacto negativo en la salud del paciente. Para facilitar la aceptación de la desinversión se debería proporcionar una buena información sobre las razones por las que se ha tomado la decisión al paciente y al profesional sanitario que utiliza la tecnología, además de implicar a este último en el proceso. La guía, que se presenta en el Anexo II de este informe, ha sido dividida en diferentes secciones: a) Recomendaciones generales previas, b) Cumplimentación de la solicitud, c)

Comprobación y priorización de las solicitudes, d) Evaluación de las solicitudes, e) Toma de la decisión final y f) Plan de actuación.

Conclusiones y recomendaciones

Esta es la primera guía que se ha desarrollado para ayudar a establecer un proceso de «desinversión» o «no financiación» de tecnologías sanitarias que están siendo utilizadas en los sistemas sanitarios. Sin embargo, se trata de la primera versión de la guía y su aplicabilidad debe ser testada.

Referencia

Ibargoyen- Roteta N, Gutiérrez- Ibarluzea I, Asua J. Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco(Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N.º 2007/11.

ver informe completo

Palabras clave: Análisis, Coste ineficaz, Desinversión, Ineficaz, Obsoleto, Reinversión, Resultados del tratamiento, Tecnología biomédica, Tecnología sanitaria

Actualizaciones de guías de práctica clínica » Organización Sanitaria

Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi (OSTEBA)

6/03/2011

Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden ser instrumentos efectivos para producir los cambios deseados en la práctica clínica del personal sanitario, con el objetivo final de contribuir a la mejora de la salud de la población. El éxito de las GPC está influido por una gran cantidad de factores, es por ello que la identificación de las barreras y los facilitadores que intervienen en el proceso de implementación puede resultar de gran utilidad.

Objetivos

El objetivo de este informe es conocer la relevancia de los diferentes factores, facilitadores o barreras, personales o externos, que influyen en la aceptación de dos GPC (Asma y HTA) en nuestro contexto.

Métodos

Se utilizó la técnica Delphi, técnica de investigación social que tiene como objetivo la obtención de una opinión grupal fidedigna a partir de un grupo de personas expertas (27-28). La técnica se realizó en dos fases: cuestionario- feedback-cuestionario. Los cuestionarios se elaboraron a partir de la información extraída de la literatura, de las sesiones de trabajo del equipo coordinador y de una reunión informal realizada con personas usuarias de las GPC. La información extraída estaba relacionada con los factores relevantes que influyen en la utilización de las guías y que pueden estar afectando a la aceptación de las mismas.

El grupo de personas expertas estaba formado por 36 profesionales de la medicina de atención primaria que conocían las GPC de HTA y asma.

Se valoraron aspectos como la presentación, el formato, facilidad de uso, utilidad, barreras internas y externas. El análisis se realizó mediante criterios de consenso y de estabilidad. No se realizó análisis económico.

Resultados

El 100% de las personas expertas consideran que la utilización de las GPC da buenos resultados sobre la salud del paciente.

Los resultados de los diferentes aspectos son:

1. Dimensiones de las GPC: La presentación de la GPC en los centros es considerada como la dimensión principal, resultando de especial interés la difusión correcta de la convocatoria, el método didáctico y la elección del o de la ponente.
2. Barreras internas: las más destacadas son la resistencia al cambio del personal de salud y la falta de aceptación como instrumento de trabajo.
3. Barreras externas: consideran fundamental la falta de acuerdo entre Atención Primaria y Especializada.

Conclusiones

Aunque la mayor parte de los/ as profesionales considera que seguir las recomendaciones de las guías da buenos resultados en la práctica clínica, la forma de presentación, el formato actual de las GPC, la resistencia al cambio y la escasa implicación de la atención especializada son barreras importantes que dificultan la implementación de

las GPC.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles para diseñar las futuras estrategias de implementación dirigidas a superar las barreras en nuestro contexto.

ver informe completo

Palabras clave: Actitudes de los y las profesionales de la salud, Guía de práctica clínica, Medicina de la familia, Técnica Delphi

Breves » Farmacología Clínica

Estrategias farmacológicas para el abandono del hábito de fumar (CADTH)

Septiembre 2010

Leer más

Palabras clave: Abandono del tabaco, Bupropion, Revisión narrativa, Tratamiento sustitutivo nicotina, Vareniclina

Breves » Organización Sanitaria

Situación internacional y en Canada de la finaciación pública para la fertilización in vitro (CADTH)

Diciembre 2010

Leer más

Palabras clave: Fertilización in vitro, Infertilidad, Revisión narrativa

Breves » Farmacología Clínica

Revisión de la eficacia de los diferentes tratamientos farmacológicos del dolor neuropático (CAHTA)

Mayo 2010

Leer más

Palabras clave: Dolor neuropático, Revisión sistemática, Tratamiento neuralgia

Breves » Endocrinología y Nutrición

Efectividad clínica y coste- efectividad de las bombas subcutaneas de insulina para la diabetes (NETSCC)

Febrero 2010

Leer más

Palabras clave: Bomba de insulina, Diabetes, Evaluación económica, Revisión sistemática

Breves » Cáncer

Ensayo clínico controlado multicéntrico de la imagen con contraste en la resonancia de alto campo magnético en mujeres con tumor primario de mama para la excisión local amplia. Y análisis coste- efectividad (NETSCC)

Enero 2010

Leer más

Palabras clave: Cáncer de mama, Evaluación económica, Imágenes de resonancia magnética

Breves » Medicina Interna

Coloscopia virtual: meta- análisis de las prácticas diagnósticas, indicaciones y condiciones de realización (HAS)

Enero 2010

Leer más

Palabras clave: Gastroenterología, Hepatología, Imágenes médicas, Meta- análisis, Revisión sistemática

Breves » Oftalmología

Condiciones de realización de la cirugía de catarata: revisión técnica (HAS)

Mayo 2010

Leer más

Palabras clave: Anestesia, Gestión de riesgos, Oftalmología, Organización de la asistencia, Reanimación, Seguridad del paciente

Breves » Psiquiatría

La urgencia psiquiátrica para la infancia y adolescencia (KCE)

Septiembre 2010

Leer más

Palabras clave: Adolescencia, Infancia, Psiquiátria, Servicios de Urgencias

Breves » Traumatología y Ortopedia

Análisis de los factores de riesgo y la probabilidad de fractura por fragilidad en una cohorte de mujeres con indicación de densitometría ósea (CAHTA)

2010

Leer más

Palabras clave: Densitometría osea, Estudios de cohorte, Factores de riesgo, Fracturas

Breves » Reumatología

Síndrome de la fatiga crónica: situación del conocimento y metodos de intervención en Quebec (AETMIS)

Julio 2010

Leer más

Palabras clave: Encefalomielitis mialgica, Fibromialgia, Revisión sistemática, Síndrome de la fatiga crónica

Breves » Organización Sanitaria

Cooperación para el desarrollo descentralizado en salud y medio ambiente: evaluación de barreras y oportunidades (AETS)

Mayo 2010

Leer más

Palabras clave: Cooperación internacional, Investigación cualitativa, Paises en desarrollo, Programa de Evaluación, Salud ambiental, Salud pública

Breves » Práctica Clínica

Continuidad de la medicación entre el hospital y el domicilio (KCE)

Julio 2010

Leer más

Palabras clave: Atención primaria, Continuidad de la medicación, Errores de medicación, Hospitales

Breves » Psiquiatría

Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (OSTEBA)

Mayo 2010

Leer más

Palabras clave: Atención primaria, Demanda, Guías de práctoca clínica, Salud mental, Trstorno por déficit de atención con o sin hiperactividad

Breves » Neumología

Rehabilitación pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: análisis clínico, económico y de impacto presupuestario (CADTH)

Marzo 2010

Leer más

Palabras clave: Efermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, Rehabilitación pulmonar, Terapia de ejercicio

Breves » Cirugía General y Digestiva

Cirugía bariátrica para la obesidad severa: revisión sistemática y evaluación económica (CADTH)

Septiembre 2010

Leer más

Palabras clave: Cirugía bariátrica, Evaluación económica, Obesidad severa, Revisión sistemática

e- notas de evaluación