

NOTAS

de evaluación

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Practiquemos la evaluación utilizando las herramientas según las necesidades (y IV). Una herramienta para evaluar la introducción o renovación de la tecnología sanitaria

Los procesos de decisión deben considerar los intereses de todos los niveles de actuación: el de la microgestión, correspondiente a la asistencia sanitaria, el de la macrogestión o de la política sanitaria y el de la mesogestión, que se concreta en facilitar los instrumentos. Este último nivel, en consonancia con las estrategias explícitas de políticas efectivas para la mejora de la práctica clínica. Este aspecto es responsabilidad fundamental de las direcciones de los centros e instituciones sanitarias.

La definición de Tecnología Sanitaria (TS) aceptada considera TS a los medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención. Aunque la influencia de algunos factores como la velocidad de crecimiento de las innovaciones, el imperativo intervencionista de los profesionales de la medicina y la dificultad de disponer de información actualizada, completa y no sesgada en la toma de decisiones sobre utilización de nueva tecnología, esté universalmente reconocida, los mecanismos actuales de control de la introducción de TS en nuestro entorno no aseguran una incorporación y utilización de aquellas que consiguen un mayor incremento del estado de salud.

Es necesario, por tanto, establecer procedimientos que contemplen la incorporación de nuevas tecnologías basándolos en la seguridad, efectividad, eficiencia y equidad de las mismas. Para ello existen algunos procedimientos con diferentes grados de difusión. El Servicio de Salud del Principado de Asturias elaboró la Guía para la introducción de tecnologías sanitarias en centros asistenciales en el Principado de Asturias G-itesa, cuyos fines son:

1. Proporcionar un método que oriente y facilite el proceso de la toma de decisiones en la adquisición de nueva tecnología o en las modificaciones de las que ya están en uso.
2. Facilitar la interacción entre clínicos y gestores mediante evaluación de la tecnología por un procedimiento objetivo, plasmado en el formulario que debe realizarse de forma conjunta en caso de incorporación de tecnología nueva o de revisión de la existente.

3. Mejorar la transparencia, haciendo las decisiones explícitas.
4. Facilitar la comunicación con la ciudadanía, potencial demandante de la introducción de nuevas tecnologías.

Cualquier profesional, órgano o servicio de un centro sanitario que desee realizar modificaciones tecnológicas puede utilizar esta guía. También está dirigida a las Comisiones de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos que deben valorar la adecuación de la tecnología y a los equipos directivos que precisan herramientas objetivas para la toma de decisiones.

Para conseguir los resultados esperados mediante la incorporación de esta guía es necesario que en los centros sanitarios se garanticen unos requisitos básicos, como: a) la existencia de un grupo de personas capacitadas, tanto para realizar la valoración de la tecnología como para definir su grado de adecuación a las necesidades del centro; b) un marco de actuación que defina claramente las competencias tanto de este grupo de profesionales como las del centro en relación con la adquisición de tecnologías; c) el compromiso de las gerencias con este modelo de actuación, y d) su uso racional en relación con las tecnologías evaluadas. En relación con este requisito, para utilizar G-itesa es necesario que las TS valoradas cumplan las siguientes condiciones:

- Cambios sustancialmente novedosos o nuevas indicaciones para los equipos o productos ya existentes en la terapéutica, diagnóstico, prevención o rehabilitación.
- Nuevos equipos o modificaciones significativas en organización de la atención a los pacientes o cambios que puedan afectar de manera potencial a un amplio sector de la población, o tener un importante impacto económico.
- No encontrarse en fase de investigación básica o experimental. En este caso debería recomendarse su inclusión en un ensayo clínico.
- No tratarse de las prestaciones excluidas por el Real Decreto 63/1995 o relacionadas con éstas; este caso quedaría en el ámbito de los protocolos de uso tutelado.

G-itesa está disponible en formato CD y puede solicitarse a la Unidad de Análisis y Programas del SESPA

sumario

Síndrome metabólico y factores de riesgo cardiovascular clásicos e inflamatorios en niños y adolescentes obesos

2

ESTUDIO EAPAS: Estudio de Efectos Adversos en el Principado de Asturias

4

Una revisión sistemática de la efectividad clínica y del coste-efectividad de las intervenciones para prevenir la recaída en las personas con trastorno bipolar

6

Métodos de promoción de la actividad física

6

Centralización de algunos procedimientos quirúrgicos

7

Atención domiciliaria al paciente en situación terminal

8

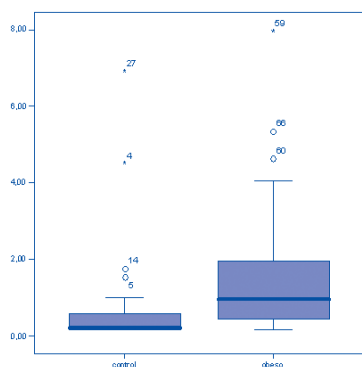


Figura 1.- Resultados de PCRus (mg/L) en controles y obesos ($p=0,001$)

La obesidad se considera un factor de riesgo cardiovascular clásico. El IMC es el parámetro que mejor define la obesidad en niños y adolescentes.

En la actualidad, se está observando un aumento de la prevalencia de la HTA primaria en niños, asociada a un aumento de la prevalencia de la obesidad³, tal y como hemos podido detectar en nuestro estudio. La obesidad, entendida como un exceso de grasa corporal secundaria a un desbalance entre ingesta y gasto energético, es causa conocida de HTA, preferentemente de la TA sistólica. El riesgo de HTA en niños obesos llega a ser hasta tres veces mayor que en niños no obesos y aumenta a medida que se incrementa el IMC. Asimismo, se ha comprobado que la pérdida de peso consigue disminuir los valores de TA en niños³. Por otro lado, nuestro grupo ha demostrado una agregación de los diversos factores de riesgo cardiovascular que actúan sinérgicamente⁸.

Se ha observado un aumento en población infanto-juvenil de todo el conjunto de alteraciones incluidas en el denominado síndrome metabólico⁴. De hecho, un tercio de los niños y adolescentes obesos que hemos estudiado cumplían los criterios de síndrome metabólico. Diversos factores hormonales como la leptina, ghrelina y resistina han sido implicados en el desarrollo de dicho síndrome.

En los últimos años, al confirmarse que la aterosclerosis constituye un proceso inflamatorio de bajo grado, tiene gran interés la determinación de PCRus, que se comporta como un FRCV emergente, que se asocia de manera más consistente a todas las diferentes manifestaciones de enfermedad cardiovascular. La concentración de PCRus en sangre varía dependiendo de muchos factores: edad, sexo, raza, medidas antropométricas, perfil lipídico, hábito tabáquico, actividad física, tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina. Independientemente de estos factores, se ha podido demostrar que esta concentración aumenta a medida que se incrementa el IMC. Nuestros hallazgos confirman una elevación de PCRus en los niños y adolescentes obesos, siendo un marcador de riesgo cardiovascular ya presente de forma temprana.

A diferencia de otros estudios publicados⁶, no hemos encontrado discrepancias significativas en los niveles de

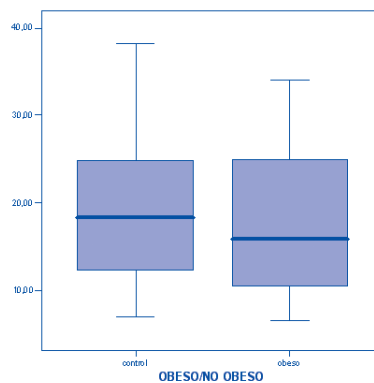


Figura 2.- Resultados de Adiponectina en controles y obesos ($p>0,05$)

adiponectina entre obesos y controles. No obstante, si qué hemos encontrado correlación negativa entre los niveles de adiponectina y el índice cintura /cadera. Hemos de tener en cuenta que la obesidad se relaciona no tanto con el aumento ponderal como con el exceso de tejido adiposo. De hecho, su importancia y evolución dependen sobre todo de la grasa acumulada y de su distribución⁹. El IMC no se relaciona directamente con la grasa, que cambia a lo largo de la ontogenia. Durante la pubertad se producen variaciones en las relaciones estatura-ponderales, de manera diferencial en ambos sexos, con independencia de la adiposidad. Además, hay un desfase entre varones y mujeres en el desarrollo que afecta de modo diferente a los componentes magro y graso. Dado que los sujetos que hemos estudiado son precisamente adolescentes, aunque el IMC es útil, de entrada, para hacer una estimación general de la condición nutricional, podría no ser adecuado para un diagnóstico preciso en todos los casos en los que se presenta sobrepeso. Por otro lado, el IMC no permite distinguir entre obesidad androide ("tipo manzana"), asociada a mayor riesgo cardiovascular y el ginecoide ("tipo pera").

En conclusión, los niños y adolescentes obesos presentan una importante prevalencia del llamado síndrome metabólico, con un perfil de riesgo cardiovascular elevado, con valores significativamente mayores de TA sistólica, triglicéridos, PCRus y valores significativamente más bajos de HDL-colesterol. La inclusión de medidas antropométricas que permitan distinguir obesidad abdominal puede permitir caracterizar mejor el riesgo de estos pacientes, tanto en factores de riesgo cardiovascular clásicos como en factores de riesgo cardiovascular de tipo inflamatorio.

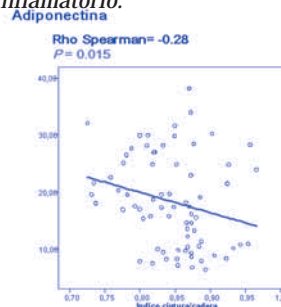


Figura 3.- Relación de valores de adiponectina sérica e índice cintura/cadera

Fuentes de financiación:

Instituto de Salud Carlos III (FIS 06/1463) y Fundación ESV 2004.

Autores:

Riño Galán I*, Díaz Martín JJ*, Somalo Hernández I**, García González M**, Perillán Méndez C***, Costales Pérez M***, Diéguez Junquera MA****, Argüelles Luis J***, Vijande Vázquez M***, Málaga Guerrero S**.

* Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín (Avilés).

** Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Universidad de Oviedo,

*** Biología funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo,

****Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Central de Asturias, Universidad de Oviedo.

Bibliografía

1. Dietz WH, Robinson TN. Overweight children and adolescents. *New Engl J Med* 2005; 352: 2100-2109.
2. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88: 748-752.
3. Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics* 2004; 113: 475-482.
4. Cruz ML, Goran MI. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Curr Diab Rep* 2004; 4:53-62.
5. Belay B, Belamarich P, Racine AD. Pediatric precursors of adult atherosclerosis. *Pediatr Rev* 2004; 25:4-16.
6. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation* 2005; 111:1999-2012.
7. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-1243.
8. Díaz Martín JJ, Málaga Diéguez I, Argüelles Luis J, Diéguez Junquera MA, Vijande Vázquez M, Málaga Guerrero S. Agrupamiento de factores de riesgo cardiovascular en hijos obesos de padres con hipertensión esencial. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 238-243.
9. Arciniaga Sch. Definición y criterios de obesidad. *Nutr Clin* 2002; 5: 236-240.

ESTUDIO EAPAS: Estudio de Efectos Adversos en el Principado de Asturias

INTRODUCCIÓN Y MÉTODO:

En el artículo anterior habíamos reseñado la conveniencia de conocer cuántos, y cuáles, son los efectos adversos derivados de la atención sanitaria, qué pacientes son más proclives a padecerlos, en qué áreas son más frecuentes y qué procedimientos están relacionados con ellos. El conocimiento de estos hechos nos permitirá diseñar, e implantar, acciones para su prevención y evaluar su impacto en el cuidado de los pacientes. Presentamos aquí un breve resumen del estudio EAPAS, actualmente en fase de publicación.

Una vez realizado el estudio nacional ENEAS, en el que participó el Hospital San Agustín de Avilés, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA decidieron realizar el mismo estudio en los hospitales de nuestro ámbito, y compararlo con los datos procedentes de la publicación nacional. Sus objetivos fueron:

- Determinar la incidencia de Efectos Adversos y de pacientes que los padecen en los hospitales de la Red Sanitaria Pública del Principado de Asturias.
- Describir las causas inmediatas del Efecto Adverso: las características de la población que los padece, las áreas de mayor riesgo y las actividades sanitarias relacionadas con ellos.
- Conocer el impacto de los Efectos Adversos en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.
- Caracterizar qué Efectos Adversos podrían haberse evitado, y estimar cuántos.

Tras la participación en el estudio ENEAS disponíamos de profesionales adiestrados en la metodología del estudio que nos fue de gran ayuda en su desarrollo. La metodología utilizada es la misma empleada en el estudio nacional, desarrollada a partir de la establecida por Brennan y Cols.

Inicialmente, fase de cribado, el personal de enfermería hace una primera revisión del episodio para ver si cumple los criterios de inclusión, investiga las enfermedades del paciente y procedimientos a que fue sometido, y lo examina en busca de sucesos que incrementan la posibilidad de padecer un Efecto Adverso.

Posteriormente, el personal médico con experiencia clínica revisa aquellos episodios con alertas de cribado para establecer el pronóstico vital del paciente y discriminar si realmente ha padecido o no algún efecto consecuencia de la atención sanitaria. Si decide que sí ha habido, hay que diferenciar el incidente -sin repercusión- del efecto adverso que se acompaña de prolongación de la estancia, secuelas al alta, o está relacionado con su fallecimiento.

Como paso previo antes de la realización de cada fase, se realizaron sesiones de formación en el Hospital San Agustín de Avilés para familiarizarse con la metodología y, además, se estableció una red de comunicación virtual mediante e-mail para solucionar dudas y unificar criterios.

La muestra final, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, estuvo constituida por 2.074 episodios de pacientes dados de alta en el período establecido.

En lo relativo a las características demográficas de los pacientes, el 50% de los sujetos del estudio fueron mujeres y el 50% hombres. La edad media fue de $55,0 \pm 24,6$ años y la mediana de 61 años.

Un total de 1.259 pacientes (60,7%) presentaron algún factor de riesgo intrínseco, entendiendo como tal la presencia de comorbilidades y otras características de riesgo del paciente. Los más frecuentes fueron aquellas enfermedades crónicas más prevalentes en la población general: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica...

En lo relativo a los factores de riesgo extrínseco, un total de 1.809 pacientes (87,2%, IC95%:85,7-88,6) había sufrido

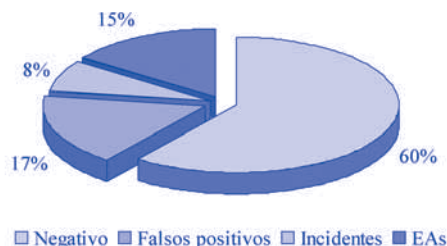
alguna intervención o procedimiento de los catalogados como tal: catéter venoso periférico, sonda urinaria, intervención quirúrgica... Únicamente en 265 pacientes (12,8%) no se registró el antecedente de intervención o técnica alguna. De todos ellos, el más frecuente fue el acceso venoso que, en alguna de sus variantes: periférico, central de inserción periférica o acceso venoso central, lo precisaron un total de 1.864 pacientes (86,2%). Esto nos traduce de forma clara la invasividad de la atención sanitaria actual.

De los 2.074 pacientes, una vez revisados los episodios, 824 presentaron algún criterio de alerta y fueron cribados como posibles EAs 39,7%; IC95%: 37,2-41,8; 1.250 fueron descartados, por no cumplir ninguna de las alertas de la guía de cribado.

Posteriormente, en la fase de identificación, el equipo auditor revisó todos los episodios con criterios de cribado positivos. Se encontraron 350 falsos positivos -42,5%, IC (39,1-45,8)- en los que, a pesar de tener criterios de alerta, no se identificó ni EA ni incidente.

De los 474 pacientes restantes, en 156 ocasiones se trató únicamente de incidentes que no prolongaron la estancia ni tuvieron ninguna otra repercusión. Entre ellos, los más frecuentes fueron los relacionados con los accesos venosos en forma de flebitis y extravasaciones, seguidos de los afectos adversos a los medicamentos (figura 1).

Figura 1. Resultado final del análisis de las fases de cribado e identificación



Se detectaron un total de 318 pacientes con algún tipo de eventos desfavorables durante la hospitalización. En 115 ocasiones estos eventos se atribuyeron al propio proceso de la enfermedad y en 203 se atribuyeron a la asistencia sanitaria. Entre estos últimos, en 31 el juicio de los revisores consideró que la probabilidad de que el manejo del paciente o los cuidados sanitarios fueran el origen del EA fue mínima o ligera. En consecuencia, se identificaron 172 pacientes que sufrieron un total de 201 EAs ligados a la atención sanitaria de forma consistente.

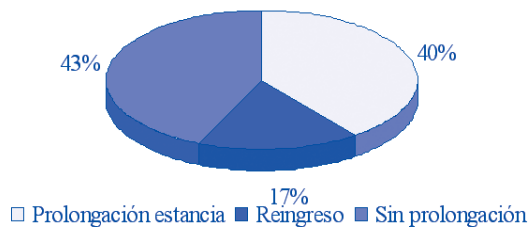
La incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia fue del 8,3% (172/2.074) con un IC95%:7,1-9,4.

Los EAs tuvieron su origen desde el período prehospitalización hasta el alta. La mayor frecuencia correspondió a los producidos en la planta de hospitalización, seguidos de aquellos que tuvieron su origen durante la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos.

La naturaleza del problema principal pudo estar en relación con los cuidados, con los medicamentos, con una infección nosocomial, una complicación de los procedimientos, ser un error diagnóstico o un problema en la valoración general. El 33,3% de los EAs (67) han estado relacionados con problemas técnicos durante algún procedimiento y las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 22,9% (46) de los EAs; con la medicación se relacionan 38 EAs (18,9%).

En lo relativo a la repercusión, en 80 ocasiones (39,8%) el EA condicionó un aumento de las estancias hospitalarias, en 34 (16,9%) un reingreso posterior, y en las 87 (43,3%) restantes no aumentó la estancia. Del total de EAs, en 78 (38,6%) se precisó la realización de procedimientos adicionales, (p.ej.: pruebas de radiodiagnóstico) y en 99 (49%) de tratamientos adicionales (figura 2).

Figura 2. Repercusión del efecto adverso en la estancia hospitalaria (p.ej.: cambios en la medicación).



A juicio de los revisores, globalmente se consideraron evitables el 51,74% de los efectos adversos estudiados.

COMENTARIOS:

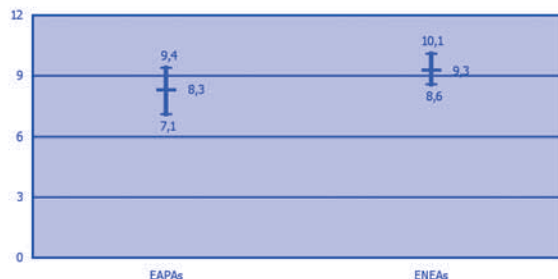
El presente estudio es el primero de estas características que se realiza en nuestro ámbito. En él, hemos utilizado la metodología del estudio nacional ENEAS y con él contrastaremos nuestros resultados. Si en el Estudio ENEAS la muestra está formada por 5.624 sujetos, que el estudio asturiano suponga el equivalente al 36,9% del estudio nacional nos da una idea precisa de la magnitud de la muestra y del esfuerzo realizado por los profesionales que han participado en su elaboración.

En lo que concierne a las características demográficas, existen algunas diferencias que conviene resaltar para interpretar adecuadamente los resultados. La edad media de los pacientes incluidos en este estudio es significativamente más elevada que la del estudio nacional: $55,6 \pm 24,6$ años frente a $53,5 \pm 24,9$. Con respecto a los factores de riesgo intrínseco, los del presente estudio presentan una comorbilidad mayor, un 60,7% de ellos presentaban alguna enfermedad concomitante frente al 40,3% del estudio nacional.

La proporción de pacientes con incidentes es significativamente mayor en nuestro estudio (8,9%) que en el estudio ENEAS (3,4%). En él no se hace una descripción de los incidentes. En el nuestro, los más frecuentes fueron los relacionados con los cateterismos venosos, lo que es congruente con la elevada proporción en que se realiza esta técnica en nuestro medio en sus diversas variantes. Estudios realizados en nuestro medio ya han alertado sobre el uso de estos dispositivos.

La tasa de incidencia global es menor en nuestro ámbito, 8,3%, que en el estudio global, 9,3%, sin que las diferencias alcancen significación estadística (figura 3).

Figura 3. Tasas de incidencia de pacientes con efecto adverso



Autor

Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador del Programa de Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Referencias bibliográficas:

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-7.

CONCLUSIONES:

Como conclusiones podemos establecer que los pacientes incluidos en este estudio con más edad, padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas y se ven sometidos a un mayor número de técnicas invasoras que la población estudiada a nivel del país. La proporción de episodios con cribado alerta de Efecto Adverso es más elevada en nuestro medio. La proporción de pacientes que experimentaron un Efecto Adverso fue menor en nuestro sistema sanitario que en el conjunto del país. Aquellos Efectos Adversos sin repercusión significativa sobre el paciente -incidentes- se recogen con más frecuencia en nuestro ámbito que en el estudio nacional. La repercusión de las complicaciones de la atención sanitaria en cuanto a reintegros, prolongación de la estancia y necesidad de estudios o procedimientos, diagnósticos o terapéuticos, fue menor en nuestra serie.

Para finalizar, agradecer a todos los participantes su trabajo, esfuerzo y dedicación a esta tarea, sin los que no podríamos haber llevado a cabo este estudio, de indudable interés para la mejora de la seguridad en la atención sanitaria a nuestros pacientes.

	Profesión	Hospital	Área Sanitaria
Jesús Rodríguez Asensio	Médico	Jarrio	I
Tina Vega García	Enfermera	Jarrio	I
Mª Elena Ardura Montes	Enfermera	Camen y Severo Ochoa	II
Rafael Suárez del Villar	Médico	Camen y Severo Ochoa	II
Rosa Mª Jiménez Cerro	Enfermera	San Agustín	III
Mª Teresa Martín López	Enfermera	San Agustín	III
Siro Pérez Álvarez	Médico	San Agustín	III
Manuel Valledor Méndez	Médico	San Agustín	III
Rubén Ansorena Cardeu	Enfermero	HUCA	IV
Ana Rosa Argüelles Martínez	Enfermera	HUCA	IV
Armando Blanco Vicente	Médico	HUCA	IV
Bernardino Díaz López	Médico	HUCA	IV
Rogelia Fernández Fernández	Enfermera	HUCA	IV
Isabel Fernández Rodríguez	Enfermera	HUCA	IV
Amalia Franco Vidal	Médico	HUCA	IV
Margarita González Pérez	Enfermera	HUCA	IV
Pilar Marco Moreno	Médico	HUCA	IV
Manuel Pérez Fernández	Enfermero	HUCA	IV
Milagros Vázquez Rueda	Enfermera	HUCA	IV
Lino Vázquez Velasco	Médico	HUCA	IV
Dolores Menéndez Fraga	Enfermera	Monte Naranco	IV
Fernando Vázquez Valdés	Médico	Monte Naranco	IV
Juan Carlos Álvarez Méndez	Médico	Cabuñes	V
Ana Manterola Conlledo	Enfermera	Cabuñes	V
Joaquín Morís de la Tassa	Médico	Cabuñes	V
Margarita del Valle García	Enfermera	Cabuñes	V
María Colunga García	Enfermera	Jove	V
Carmen Martínez Ortega	Médico	Jove	V
Dolores Crespo Aguilera	Médico	Oriente	VI
Beatriz Álvarez Cueto	Médico	Álvarez Buylla	VII
Mª Victoria Gutiérrez Suárez	Enfermera	Álvarez Buylla	VII
Marta Elena López Vila	Enfermera	Álvarez Buylla	VII
Mª Ángeles Fernández Fuentes	Enfermera	Valle Nalón	VIII
Bernabé Fernández González	Médico	Valle Nalón	VIII
Sergio Pérez Holanda	Médico	Valle Nalón	VIII
Manuel Sierra Lavandera	Enfermero	Valle Nalón	VIII

- Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Leape LL et al. A study of medical injury and medical malpractice. *N Engl J Med.* 1989;321 (7) : 480-4.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Aranaz J (Ed). Madrid: 2006. Disponible en <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/interes/2/2a.pdf>.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Estudio de Efectos Adversos en la Atención Hospitalaria en el Principado de Asturias. Estudio EAPAS. Morís J (Ed). En prensa.
- Velasco Díaz L, Fernández González B, García Ríos S, Hernández del Corro E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:89-90.

incluye cualquier movimiento corporal durante el trabajo, el estudio y el ocio.

Objetivos: ¿Qué métodos son adecuados para promover la actividad física en personas que padecen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad y que podrían beneficiarse de ella?

Metodología. Fuentes de información: Base de datos de la Cochrane Library, PubMed, PsycInfo, Eric, SportDiscus y Campbell Collaboration Library.

Se incluyeron artículos que cumplían los siguientes criterios: El propósito fue examinar la eficacia de los métodos de promoción de la actividad física; se dispone de grupo control al que se le realizó otra intervención o ninguna; la medida de resultado fue la de un cambio en la actividad física o secundariamente la forma física; el periodo de seguimiento fue de al menos seis meses desde el inicio de la intervención.

Todos los métodos de promoción de la actividad física evaluados incrementaron la práctica del ejercicio a medio plazo

Resultados: Se identificaron 15 estudios basados en el consejo médico a pacientes o cuidadores para la promoción de la actividad física, 19 estudios sobre ejercicio supervisado y programas individualizados, 21 estudios sobre intervenciones basadas en teoría conductual y 24 estudios sobre intervenciones específicas para niños y adolescentes.

Con respecto a los aspectos económicos, la calidad de los estudios revisados no permitió su evaluación.

Conclusiones: Todos los métodos evaluados incrementaron la práctica del ejercicio a medio plazo.

El consejo médico a pacientes sobre la actividad física incrementa su práctica entre 12 y 50%, manteniéndose el efecto al menos seis meses después de la sesión de consejo. El ejercicio supervisado en grupos y los programas individualizados incrementaron la actividad física en pacientes con enfermedad arterial periférica en términos de distancia recorrida o duración de la caminata; en los pacientes con enfermedad coronaria, la actividad física también se mantuvo a los seis meses.

Las intervenciones basadas en la teoría conductual incrementaron la actividad física un 10-15% sobre los cuidados estándar y sobre programas estructurados. Los métodos para niños y adolescentes consiguen un impacto favorable durante la jornada escolar y algunas veces también después del colegio y en fin de semana. En concreto, para niños con enfermedad cardiovascular, la actividad física se incrementó aproximadamente en un 10%.

Referencia: Methods of Promoting Physical Activity, Systematic Review. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care: SBU. Report n°: 181, 2007.

CENTRALIZACIÓN DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Objetivo: El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la eficacia de la centralización para los siguientes procedimientos quirúrgicos, en Australia: aneurismas aórticos abdominales, artroplastia de rodilla, resección de hígado, esofagectomía y prostatectomía.

Metodología: Se usaron dos estrategias en la búsqueda: la primera, una búsqueda extensa, para identificar la diversidad de estudios de centralización de procedimientos quirúrgicos. Se examinaron MEDLINE, EMBASE, CINAHL, la NHS CRD Database y Current Contents Connect.

Una vez que el grupo de revisión determinó los procedimientos que resultarían de interés, se inició una segunda búsqueda. En ésta se utilizaron algoritmos de búsqueda específicos para cada una de las siguientes bases de datos electrónicas: CINAHL, Clinical Trial Database, Current Contents Connect, Current Controlled Trials, EMBASE,

MEDLINE, National Research Register, NHS CRD Database, Pubmed, y la Cochrane Library.

Los estudios que se incluyeron contenían, al menos, una de las siguientes medidas de resultado: mortalidad, morbilidad y duración del ingreso hospitalario. Adicionalmente, se incluyeron datos económicos.

Resultados: La valoración global de los resultados se presentan separadamente para cada procedimiento.

Aneurisma aórtico abdominal

Sin rotura

La relación entre el volumen quirúrgico del hospital y la morbilidad, y entre éste y la duración del ingreso no fueron concluyentes, aunque algunos datos hacían pensar en una relación inversa entre el volumen quirúrgico y las tasas de mortalidad.

Ninguno de los artículos revisados estudió la relación entre el volumen quirúrgico por cirujano y la morbilidad. Se encontró una relación inversa estadísticamente significativa entre el volumen quirúrgico por cirujano y la duración del ingreso la misma relación se encontró con la mortalidad.

Con rotura

En ninguno de los artículos incluidos se estudia la relación entre el volumen quirúrgico y la morbilidad. Algunos estudios podrían indicar una relación entre la cantidad de intervenciones por cirujano y la mortalidad, aunque con escasa evidencia, se puede decir que el volumen de cirugía del hospital no afecta la duración del ingreso.

No hay estudios que examinen la relación entre el volumen quirúrgico por cirujano y la morbilidad. En un estudio se encontró una relación inversa, estadísticamente significativa, tanto entre el volumen quirúrgico por cirujano y la mortalidad, como con la duración del ingreso.

Artroplastia de rodilla

En una primera revisión se encuentra una relación inversa entre el volumen quirúrgico del hospital y la morbilidad, la mortalidad y la duración del ingreso. Sin embargo, debido a la metodología usada en este estudio, las relaciones no quedan claramente diferenciadas, pudiendo producir una confusión en los resultados.

En algunos procedimientos quirúrgicos hay una relación directa entre el volumen de cirugía y los resultados obtenidos

Algún artículo da resultados negativos respecto al volumen quirúrgico por cirujano y la morbilidad, pero no se encontró ninguno que estudiara la relación entre volumen quirúrgico por cirujano y mortalidad. Tampoco puede establecerse ninguna conclusión definitiva respecto a la relación

entre éste y la duración del ingreso.

En una segunda revisión puede concluirse que no hay datos disponibles suficientes para sostener que existe una relación inversa entre el volumen quirúrgico por cirujano y cualquiera de los otros tres criterios, mortalidad, morbilidad o duración del ingreso.

Resección de hígado

Menor

No se encontraron estudios que relacionen el volumen quirúrgico del hospital y la morbilidad. Y escasa evidencia que indique una relación inversa tanto entre éste y la mortalidad, como con la duración del ingreso. Ningún estudio examina la relación entre morbilidad, mortalidad o duración del ingreso con el volumen quirúrgico por cirujano.

Mayor

No hay estudios que relacionen el volumen quirúrgico del hospital y la morbilidad y escasa evidencia que indique una relación inversa tanto entre éste y la mortalidad. No se encontró relación entre la duración del ingreso y el volumen quirúrgico del hospital. Ninguno estudio examina la relación entre morbilidad, mortalidad o duración del ingreso con el volumen quirúrgico por cirujano.

- Análisis de los factores que pueden influir en los niveles de TSH en el periodo neonatal
AVALIA-T Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento
<http://avalia-t.sergas.es/>

- Hipercolesterolemia familiar: evaluación del diagnóstico genético mediante micromatrices de ADN
AVALIA-T Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento
<http://avalia-t.sergas.es/>

- Emergency department overcrowding in Canada: What are the issues and what can be done?
CADTH (former CCOHTA)
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
www.cadth.ca

- Teriparatide and Bisphosphonates for Treatment of Osteoporosis in Women: A Clinical and Economic Analysis
CADTH (former CCOHTA)
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
www.cadth.ca

- Systematic review of interventions to increase participation of cancer patients in randomised controlled trials
CRD Centre for Reviews and Dissemination
www.york.ac.uk/inst/crd/

- Consultation diététique réalisée par un diététicien
HAS (ANAES) Haute Autorité de Santé/French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- L'emploi des peptides natriurétiques dans l'approche diagnostique des patients présentant une suspicion de décompensation cardiaque
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
www.kenniscentrum.fgov.be

- Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique.
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
www.kenniscentrum.fgov.be

- Extracorporeal Photopheresis (ECP)
MAS Medical Advisory Secretariat
health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/mas_mn.html

