n.º 1 2004

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias

La percepción y la observación de la salud, mejor juntas.

Las medidas expresan lo que los individuos entienden por beneficios sanitarios

En los países más desarrollados se han experimentado cambios importantes en el patrón de enfermedades. La aparición de los antibióticos y el acceso de la población a los mismos; la mejora en las condiciones de higiene y laborales, entre otras causas, han contribuido a la mejora de la salud de las personas. Así fue que las estadísticas de mortalidad y supervivencia, que antes habían sido los mejores indicadores de la valoración del estado de salud de una población, resultan insuficientes, surgiendo entonces los indicadores de morbilidad (incidencia y prevalencia de las enfermedades) que contribuyeron a completar la información disponible.

Pero cabe señalar, que el aumento en la esperanza de vida y sobre todo, la mejora en el bienestar de las sociedades del mundo desarrollado, no resulta bien reflejado por los indicadores estadísticos antes mencionados. Podría decirse que las personas se sienten mas protagonistas de su salud y tiene interés mayor por su calidad de vida. Es así, que en las tres últimas décadas se vienen desarrollando unos indicadores capaces de medir la calidad de vida y el estado de salud percibido por las propias personas.(1)

La introducción de estas medidas de calidad de vida relacionadas con la salud nos permiten evaluar el efecto que las intervenciones sanitarias producen sobre la salud de las personas. Y serían ellas mismas las que informan si se sienten mejor o peor después de la aplicación de un tratamiento.

Estas medidas expresan lo que los individuos entienden por beneficios sanitarios y cuando se asocian a la supervivencia, expresan el beneficio de vivir un número de años con arreglo a un determinado nivel de calidad de vida, años de vida ajustados por calidad (AVACs).

De esta forma, poniéndole costes a los AVACs nos permite comparar, en cuanto a eficiencia se refiere, cualquier intervención sanitaria, posibilitando una toma de decisiones efectiva sobre la asignación de los recursos sanitarios. Por ejemplo, si la aplicación de la Terapia Fotodinámica para paciente con degeneración macular asociada a la edad, presenta una relación coste-utilidad mayor que la terapia con bomba de infusión de insulina para las personas diabéticas, sin lugar a dudas, se debería priorizar la primera.

Pero dejar todo el peso de las decisiones de política sanitaria en las medidas basadas en la percepción subjetiva de la salud, puede conducir a situaciones engañosas.

La percepción de la salud que tienen las personas no escapa a su experiencia vital y social. Individuos y grupos que han crecido conviviendo con la enfermedad y con escasos recursos sanitarios a su alcance, pueden considerar ciertos síntomas, clínicamente evitables, como "normales". Es necesario, por tanto, analizar los indicadores de calidad de vida (de percepción interna de la salud, según Sen) en un contexto social, teniendo en cuenta los niveles educativos, la accesibilidad a los servicios sanitarios y la información "objetiva" sobre morbi-mortalidad.(2)

La percepción y la observación de la salud están condenadas a llevarse bien, para no parcializar ninguno de los puntos de vista.

(1) Badía X. y Rovira J. Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria. 1994

(2) Sen A. Health: perception versus observation. BMJ, 324:861-3.

sumario

Los tratamientos antiquimioterápicos
Con frecuencia se utilizan en indicaciones no aprobadas 2

Sistema de priorización de listas de espera
Posibilita el aumento de la equidad a nivel poblacional 2

El cribado del Helicobacter Pylori
¿Reduciría la morbilidad por úlcera péptica? 3

Los programas de rehabilitación cardiaca deben incluir ejercicio físico
Los efectos son beneficiosos sobre la mortalidad 4

PUBLICACIONES

Publicaciones: Algunas publicaciones de las Agencias pertenecientes a la red INAHTA del año 2002, que se encuentran disponibles en páginas web:

he benefit of population screening for breast cancer with mammography
7 March 2002
GR Health Council of the Netherlands
http://www.gr.nl

Universal vaccination against meningococcal serogroup C and pneumococcal disease
9 January 2002
GR Health Council of the Netherlands
http://www.gr.nl

Liquid based cytology for cervical screening
August 2002
MSAC Medical Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

TransUrethral Needle Ablation for benign prostatic hyperplasia
February 2002
MSAC Medical Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS

Antecedentes:
En los últimos años, se ha producido un aumento de los costes de los tratamientos de los pacientes oncológicos muy relacionado con el uso de algunos citostáticos de reciente incorporación que, pese a poseer una discreta eficacia, se han introducido en la clínica de una manera extensa.
Objetivos:1) Analizar la eficacia que aportan estos nuevos esquemas con respecto a los anteriormente utilizados, medida en términos de mejora en la supervivencia y en la calidad de vida
2) Comprobar la aplicabilidad de un sistema de estimación de coste-efectividad desarrollado y
3) Analizar el tipo de prácticas clínicas que estos pacientes reciben.
Material y Métodos: El estudio se realizó entre los meses de enero de 1998 y diciembre de 2000, en pacientes con cánceres avanzados o metastásicos de colon y recto, pulmón no de células pequeñas, mama, ovario y cerebro, tratados con quimioterapia en régimen ambulatorio, que incluyen fármacos con un aumento en su consumo mayor al 60% en este tiempo (11fármacos). Todos los pacientes fueron atendidos en el hospital universitario "Virgen de las Nieves". Se definieron las indicaciones aprobadas de la ficha técnica del fármaco, las empleadas en el hospital a través de una encuesta a los servicios. Así mismo la bibliografía más relevante en cada una de estas indicaciones mediante una búsqueda estructurada y la aportación de los laboratorios farmacéuticos cuando fue necesaria.
En cada artículo se obtienen las medianas de las supervivencias (SM), la tasa de supervivencia al año, el período hasta la progresión y la calidad de vida (QoL) mediante cuestionario estructurado, para de ellos deducir la reducción absoluta de riesgo (RAR) y el número necesario de pacientes a tratar para que uno más sobreviva al año (NNT). Con la información de los precios de compra del hospital a fecha diciembre 2000, calculamos los costes diferenciales de los esquemas que se comparan para 4 semanas de tratamiento, los costes de cada mes de aumento de la SM y los costes por NNT. Esta información permite aplicar una escala de efectividad (de A a D) y fuerza de la evidencia (FE) (de 1 a 5) adaptadas de otros autores (1), así como comparar los costes.
Resultados: las 11 drogas se utilizan en 29 esquemas distintos en estos pacientes. En 16 (55%) de ellos existe similitud entre la indicación aprobada y la usada, aunque 4 presentan modificaciones menores y 6 se utilizan como estudios o protocolos asistenciales no validados por el comité ético. Los 13 restantes (45%) se usan fuera de la indicación aprobada.

En 16 de 29 esquemas hay similitud entre indicación y uso

Se encuentran 18 referencias bibliográficas para otros tantos esquemas de tratamiento, 10 usados en primera línea y 8, en segunda o tercera. En ellos, sólo una combinación es de efectividad a (SM > 9 meses + aumento de QoL) y 9 son D (sin aumentos de SM ni QoL). Doce estudios son de calidad adecuada (1,2 de la escala). La QoL se mide de forma explícita en 12 de los 18 esquemas y sólo en 3 resulta significativamente mejor. El promedio de coste diferencial es de 1.311 euros a favor de los nuevos fármacos (solo un esquema es más barato), siendo el coste medio de cada mes de aumento de la SM de 6.415 euros y de cada paciente más que sobrevive al año de 87.767 euros.
Comentario: los fármacos estudiados se emplean con mucha frecuencia en indicaciones no aprobada y los beneficios añadidos para los pacientes con cáncer avanzado son muy discretos cuando se comparan con los que se venían utilizando: alrededor del 10% de mejora en supervivencia al año y 1-2 meses de incremento en la SM. La calidad de vida, en los estudios en que se mide, no mejora en todos los casos. Este cambio de práctica no se justifica por los estudios de que se dispone y los costes que se asocian sufren un marcado incremento. Se requiere un mayor rigor crítico en la evaluación de los estudios que incorporen medidas objetivas de la eficacia, la calidad de vida y los costes.

Referencia: José Expósito, J. Hernández, A. Fernández Feijóo, Eduardo Briones Pérez de la Blanca. Evaluación de las prácticas y del coste-efectividad de los tratamientos quimioterápicos en pacientes oncológicos avanzados.2003. AETSAhttp://www.junntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/default.htm

SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. RESULTADOS PRUEBA PILOTO

Objetivos: El objetivo de la prueba piloto fue evaluar la utilidad y aplicabilidad del sistema de priorización en la gestión de listas de espera para cirugía de catarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla. Participaron en el pilotaje hospitales públicos de Cataluña de diferente nivel de complejidad y titularidad.
La prueba piloto se realizó en dos fases (estudio evaluativo antes-después). Se incluyeron en la prueba a pacientes que entraron en lista de espera para los procedimientos de interés entre Julio de 2001 y Enero de 2002 en la primera fase, y entre

Febrero y Junio de 2002 en la segunda fase. La gestión de la lista de espera en la primera fase se realizó como venía siendo habitual en el Hospital. En esta fase para cada paciente, el médico cumplimentó un formulario que recogía la valoración subjetiva de la urgencia de la intervención, los criterios de priorización y el tiempo utilizado en el registro. Por otra parte y mediante encuesta telefónica se obtuvo de los pacientes información sociodemografica, de su capacidad funcional y de la gravedad percibida de su enfermedad. En la segunda fase se recogió la misma información pero la puntuación obtenida en la priorización fue la utilizada para la ordenación de la lista de espera. Además en todos los pacientes incluidos y que habían sido operados hasta Junio de 2003 se midió el tiempo de espera. Finalmente se recogieron los aspectos negativos y positivos asociados a la aplicación del sistema de priorización.

Resultados: Se incluyeron un total de 919 pacientes para cirugía de catarata y 654 para artroplastia de cadera o rodilla. No se observaron diferencias relevantes en las características sociodemograficas, clínicas y funcionales de los enfermos y en su puntuación de prioridad antes y después de la intervención. Para valorar la efectividad del sistema de priorización se correlacionó la puntuación de prioridad de cada enfermo con su tiempo de espera confiando en un aumento de la correlación en la segunda fase. Para cirugía de catarata no se observo este efecto, la correlación fue nula tanto antes como después de la intervención. Parece que por causas externas, en la realidad no se aplicó la puntuación obtenida en la priorización para ordenar la lista de espera. En cambio, para la artroplastia, la correlación pasó de 0.1 a 0.7 denotando un impacto en la ordenación de la lista de espera.

Puede incluirse la valoración subjetiva de urgencia de la intervención.

Entre los aspectos planteados a resolver con relación a la gestión de lista de espera destacan la concomitancia inicial del nuevo sistema con la lista de espera histórica y la necesidad de definir tiempo de espera máximos asociados a diferentes intervalos de puntuación.

Conclusión: Esta primera evaluación parece indicar que el sistema de priorización para estos procedimientos es un instrumento válido y útil a la hora de discriminar la prioridad entre pacientes que entran en lista de espera y que puede tener un impacto positivo en la gestión de la misma. Por otra parte este instrumento debería verse como una herramienta que contribuye a homogeneizar o unificar la priorización de la lista de espera de forma transparente y ecuánime y con ello hacerlas más equitativas a nivel poblacional.

Referencia : Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez R, Comas M. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. 2003 AATRM http://www.aatrm.net

COSTE-EFECTIVIDAD DEL CRIBADO DE LA INFECCIÓN POR HP

La infección por la bacteria Helicobacter Pylori (HP) es la infección crónica mas prevalente que puede hallarse en los seres humanos y se presenta aproximadamente en el 50% de la población mundial. Actualmente hay suficiente evidencia científica respecto a que la infección por HP es un cofactor importante en la patogénesis de la gran mayoría de las úlceras duodenales y está presente en el 95% de estas. Es razonable valorar la oportunidad del cribado universal.

Objetivo: El objetivo de este estudio es desarrollar un modelo un modelo de simulación discreto para evaluar si, el cribado de la infección por HP, es coste-efectivo en la prevención del cáncer gástrico y la úlcera péptica.

Metodología: La técnica de "simulación orientada al paciente" fue la técnica utilizada. En este modelo, en ausencia de cribado, la mayoría de los individuos HP positivos permanecen asintomáticos, sin embargo una proporción desarrolla dispepsia y acuden a atención primaria donde son diagnosticados y se les indica un tratamiento de erradicación del HP. A estos individuos se le asignan riesgos crecientes de desarrollo de la úlcera péptica y cáncer gástrico. En el escenario del cribado, se ofrece el test a las personas y a aquellas que dan positivo se les indica un tratamiento de erradicación.

Un modelo de simulación a 80 años

El modelo se elabora considerando una reducción inmediata del riesgo de desarrollar úlcera péptica y un tiempo de espera para la reducción del riesgo de cáncer gástrico.

Se estudiaron cuatro escenarios de acuerdo a los diferentes tramos de edad considerados.

Resultados: El coste-efectividad del cribado del HP mejora con la edad y se encuentra por debajo de las £10.000 por año de vida gana-

Clinical effectiveness and cost-effectiveness of growth hormone in children: a systematic review and economic evaluation.
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

A systematic review and economic evaluation of pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride for ovarian cancer
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

Strategic Review of Research and Development - coronary heart disease September 2002
National Horizon Scanning Center
http://www.publichealth.bham.ac.uk/horizon

Preventing Dental Caries
SBU Swedish Council on Technology Assessment in Health Care
http://www.sbu.se

Evaluación de la Efectividad de Tecnologías para la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
http://www.isciii.es

Rapport d'étape: évaluation de la stimulation cérébrale profonde dans la maladie de parkinson idiopathique
ANAES L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
http://www.anaes.fr

Agenda

XXIV Jornadas AES
"Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud"
El Escorial, 26 al 28 de mayo de 2004
www.aes.es

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Unidad de Análisis y Programas
Dirección de Atención Sanitaria
Plaza del Carbayón 1 y 2
33001 - Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini
Carmen Natal Ramos
M.ª Dolores Martín Rodríguez
Tfno.- 985 10 85 52
Fax.- 985 10 85 19
E-mail:
elvira.muslera@sespa.princast.es
analisis.programas@sespa.princast.es

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez

Imprime: Vetusta, S.L.
Depósito Legal: As-1134/2001

do, en un horizonte temporal de 80 años. Si se toma una tasa de interés más baja para descontar los beneficios, el coste por año de vida ganado se reduce significativamente a menos de £2000. Si se incrementa el tiempo de espera para que remita el riesgo de contraer cáncer gástrico o se incrementa la cantidad de personas que espontáneamente se les realiza el tratamiento de erradicación, las ventajas del cribado se reducen rápidamente. Según el modelo, la política más pragmática es cribar a los 40 años, ya que combina los resultados aceptables del cribado con su viabilidad. El coste por año de vida ganado, cribando a los 40, es de £5866, bajando a £1027 si se considera una tasa de descuento de 1,5% para los beneficios.

También son relevantes otras variables como el coste de la serología versus un test de urea; o el precio del un tratamiento de erradicación que se escoja; o la prevalencia del HP. Es importante tener en cuenta que los beneficios del cribado tardan mucho tiempo en aparecer, por lo que resultan muy sensibles a las variaciones en la tasa de interés.

Conclusiones: El cribado poblacional resultaría coste-efectivo para un coste de £10.000 por año de vida ganado, al compararlo con otros programas de cribado. No obstante debe considerarse que los beneficios tardan mucho tiempo en aparecer, razón por la que se calculan para un horizonte de 80 años. La principal incertidumbre sobre el efecto de la erradicación del HP se presenta en el riesgo del cáncer gástrico, lo que contribuye a disminuir los beneficios esperados. El coste-efectividad del cribado se reducirá, también, si el test se realiza a todos los individuos que se presentan con dispepsia.

Referencia: The cost-effectiveness fo screening for Helicobacter Pylori to reduce mortality and morbidity from gastric cancer and peptic ulcer disease: a discret-event simulation model. Health Technology Assessment 2003; Vol 7: Nº 6. NHS R&D.

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA PARA ENFERMEDAD CORONARIA

El ejercicio físico se recomienda a menudo a los pacientes con enfermedad coronaria, como único componente de los programas de rehabilitación o en combinación con otras medidas (control de factores de riesgo, educación de pacientes e intervenciones psicosociales).

Objetivos: Evaluar el coste efectividad de los programas de rehabilitación cardiaca y discutir su impacto en el desarrollo de futuros servicios en la prevención de la enfermedad coronaria.

Metodología: Los ensayos clínicos aleatorizados de programas de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicio fueron sistemáticamente revisados en dos grupos: programas combinados o ejercicio físico exclusivamente. La población en estudio incluyó hombres y mujeres de todas las edades con enfermedad coronaria documentada, en régimen de hospitalización o ambulatorio. Se analizó mortalidad total y mortalidad cardiaca. Se incluyeron 46 ensayos clínicos en el metaanálisis. Para el análisis económico se incluyeron tres evaluaciones económicas y tres estudios de costes.

Resultados: se encontró que los programas combinados presentan una reducción de la mortalidad total estadísticamente no significativa (IC del 95 % del RR de 0,74 a 1,02) y una reducción de la mortalidad cardiaca estadísticamente significativa (IC del 95 % del RR de 0,65 a 0,99).Los programas que sólo incluyen ejercicio físico muestran una reducción de ambas, mortalidad total (IC del 95 % del RR de 0,59 a 0,98) y mortalidad cardiaca (IC del 95 % del RR de 0,56 a 0,96).

Entre los estudios de evaluación económica revisados sólo uno correspondió a un ensayo clínico aleatorio, y concluye que un programa supervisado de ejercicio y consejo de 8 semanas de duración tiene un coste de 200 $ por QALY y 21.800 $ por año de vida ganado durante el año de seguimiento. Los estudios de costes (procedentes de USA y Suecia) concluyen que la rehabilitación cardiaca puede disminuir costes en relación con cuidados estándar para pacientes con enfermedad coronaria debido a que reduce los reingresos y los costes medios por paciente.

los programas combinados son coste-efectivos.

Conclusiones: Los programas de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicio físico (sólo o en programas combinados) tienen efectos beneficiosos sobre la mortalidad cardiaca. Con respecto a la mortalidad total los programas de ejercicio físico solo mostraron una significativa reducción, mientras que los programas combinados mostraron una tendencia en esta dirección. La literatura informa que estos programas son coste efectivos y pueden reducir costes para el sistema, particularmente cuando las personas incluidas mantienen el nivel de ejercicio requerido a largo plazo.

Referencia: Brown A, Taylor R, Noorani H, Stone J, Skidmore B. Exercice-based cardiac rehabilitation programs for coronary artery disease: a systematic clinical and economic review. www.ccohta.ca