n.º 2 2004

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias

¿Es posible objetivar la percepción de salud?

Ya que la percepción y la observación de la salud están condenadas a entenderse, para evitar una visión parcial, a continuación se realiza una reflexión sobre la primera.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto desarrollado por Patrick y Erickson [1] como un modelo conceptual que define a la salud, descomponiéndola en sus diferentes dimensiones y la relaciona con las intervenciones que se realizan desde el sistema sanitario.

La salud casi siempre se ha visto explicada mediante la inclusión de las dimensiones física, psicológica y social. Y por su naturaleza comparativa, se la compara con estándares socialmente aceptados o con las expectativas personales.

Los autores antes mencionados conceptualizan la CVRS teniendo en cuenta las siguientes áreas y sus respectivas dimensiones: a) la oportunidad de salud; cuyas dimensiones se refieren a la ventaja social o cultural que tienen las personas a causa de su salud y su resistencia individual. b) la percepción de la salud; que incorpora la satisfacción que se tiene con la salud, la autovaloración y la preocupación que la salud o su falta produce. c) el estado funcional; en éste influyen los aspectos sociales - como la limitación en el rol habitual, la integración, las relaciones y la intimidad -, los aspectos psicológicos - lo afectivo y lo cognitivo - y los aspectos físicos, cuyas dimensiones corresponden a las restricciones en la actividad y el estado físico. d) El área de las deficiencias, cuyas dimensiones son los síntomas, signos subjetivos, enfermedades auto-declaradas, medidas fisiológicas, alteraciones tisulares y diagnósticos. e) la muerte y la duración de la vida.

El objetivo último de la medida de la CVRS es aportar valoraciones más precisas de la salud de las personas o poblaciones y de los beneficios o perjuicios que pueden resultar de las intervenciones sanitarias, aunque existe cierto escepticismo por parte de algunos profesionales de la relevancia que ésta pueda tener sobre la práctica clínica. Lo que resulta innegable es que la medida de la CVRS ha dado lugar a la aparición y desarrollo de un número importante de indicadores que se incluyen entre los instrumentos de medida del estado de salud.

Generalmente estos instrumentos son cuestionarios, con múltiples apartados y preguntas que miden algunas de las dimensiones señaladas con anterioridad. Pueden ser específicos o genéricos, de autocumplimentación o administrados por un encuestador. A ellos nos dedicaremos en el siguiente número.

Las aplicaciones de las medidas de la CVRS son cada vez más amplias, tanto en población general como en grupos específicos. Entre ellas se pueden citar la inclusión de las medidas de CVRS en los ensayos aleatorios controlados y en la investigación de los servicios sanitarios como medida de resultado, de forma complementaria a los indicadores clínicos tradicionales. También hay argumentos a favor de incorporar los datos de CVRS en las auditorías médicas ya que proporcionan una información relativamente fácil de recoger y procesar.

Una de las aplicaciones más controvertidas es utilizar las medidas de CVRS en la asignación de recursos sanitarios. El desarrollo del plan de salud del estado de Oregon (EE UU), 1989 es un ejemplo; quizás, el único intento explícito y organizado que se propuso priorizar los servicios sanitarios mediante un análisis sistemático de su coste-efectividad, en los que se tomaba como beneficios la calidad de vida.

Las medidas de la CVRS representan una contribución importante a la valoración de la atención sanitaria, con gran potencialidad a la que tenemos que habituarnos a utilizar e interpretar.

[1] Patrick D, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in healthcare evaluation and resource allocation. Oxford: Oxford University Press, 1993.

sumario

Las intervenciones en AP para mejorar el control de los crónicos

Aún se desconoce cómo aplicar las técnicas existentes 2

Las medidas de resultado en el campo de la psiquiatría

Revisión crítica en la investigación y en la práctica 2

Los tratamientos quirúrgicos de la obesidad mórbida

La cirugía bariátrica se aplica en 15 comunidades 3

Estudio sobre los coagulómetros portátiles

Las conclusiones tienen que ser tomadas con cautela 4

Notas bibliográficas

Publicaciones: Algunas publicaciones de las Agencias pertenecientes a la red INAHTA del año 2003, que se encuentran disponibles en páginas web:

Low-intensity ultrasound (Exogem) for the treatment of fractures AETMIS Agence d'evaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (formerly CETS)
http://www.aetmis.gouv.qc.ca

The Efficacy of the Neutron Therapy in thee Treatment of Malignant Salivary Gland Tumours. AETMIS Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (formerly CETS).
http://www.aetmis.gous.qc.ca

Implantes cocleares: actualización y revisión de estudios Coste-Utilidad. AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria

Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria

Evaluación de las prácticas y del coste-efectividad de los tratamientos quimioterápicos en pacientes oncológicos avanzados. AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucia

Servicios de diagnóstico genético para las enfermedades hereditarias en España. AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucia.
http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/default.htm

REVISIÓN DE INTERVENCIONES EN AP PARA MEJORAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Introducción: Las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios. Nuestros sistemas sanitarios surgen y se han desarrollado para dar respuestas a las enfermedades y problemas de salud agudos, pero las enfermedades crónicas tienen una serie de características que necesitan un nuevo modelo. Aunque existe evidencia que demuestra que es posible ofrecer alternativas a las enfermedades crónicas, se desconoce cómo aplicar en la práctica habitual el conocimiento existente para que los pacientes realmente se beneficien de las soluciones terapéuticas existentes.

Objetivo: Investigar la efectividad de las diferentes estrategias destinadas a mejorar la calidad y resultados de las intervenciones que se llevan a cabo para el manejo de cuatro enfermedades crónicas: asma, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardiaca.

Metodología: Búsqueda en la base de datos Medline (entre 1998 y agosto de 2003) de ensayos clínicos que evalúen la efectividad de una o más estrategias puestas en marcha para mejorar la calidad o resultados de una de las cuatro enfermedades (asma, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca). Las intervenciones se clasificaron de acuerdo a un modelo conceptual previamente definido en seis categorías: cambios organizativos, participación comunitaria, sistemas de información, diseño de la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y autocontrol. Se consideraron los siguientes resultados: utilización de servicios de salud (urgencias, hospitalizaciones, atención primaria), manejo clínico de los enfermos (mejoras cualitativas o cuantitativas necesarias para el control de estos enfermos), resultados clínicos (gravedad, sintomatología, parámetros de control), calidad de vida (genérica o específica), satisfacción o indicadores de capacidad de autocontrol. La información fue resumida y evaluada de forma independiente por dos personas.

Se desconoce cómo aplicar en la práctica las técnicas existentes

Resultados: Se identificaron 37 estudios que consideraban 38 intervenciones para su inclusión en esta revisión. La patología con más intervenciones incluidas fue la diabetes. Las intervenciones que más frecuentemente aparecen son las que investigan los efectos de intervenciones de diseño asistencial, seguidas de las que analizan el efecto de sistemas de información y apoyo a la toma de decisiones. El número más frecuente de estrategias en un estudio es dos. Los resultados que aparecen con más frecuencia son los indicadores de manejo de las enfermedades, visitas a atención primaria y resultados clínicos. Los indicadores de control son los que más frecuentemente mostraron resultados positivos, seguidos por los indicadores de autocontrol. Con relación al manejo clínico, las estrategias que obtuvieron mejores resultados son las de diseño asistencial y cambio organizativo. Las intervenciones más complejas en número de intervenciones mostraron una mayor probabilidad de tener efectos positivos en manejo y en resultados clínicos. La mayor parte de las intervenciones que pretendían mejorar la utilización de servicios no tuvieron éxito. Aunque los resultados percibidos fueron los menos frecuentemente evaluados, muchas veces ofrecían resultados favorables.

Conclusiones: Para mejorar la calidad asistencial y la efectividad en las enfermedades crónicas es preciso adoptar una visión sistémica, que incluya un sistema sanitario proactivo y pacientes protagonistas activos del manejo de su enfermedad.

Referencia: Sarría-Santamera A, Yáñez-Cadena, Revisión de Intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Diciembre 2003. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III.

MEDIDAS DE RESULTADO EN EL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA

Introducción: Los resultados son medidas que se establecen para medir lo que funciona, en el contexto de una investigación evaluativa y para mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos. Tradicionalmente los resultados se han basado sobre parámetros biomédicos, pero hay un creciente interés por basar los resultados en los pacientes, de forma que midan el impacto que la enfermedad tiene o el impacto que las intervenciones sanitarias tienen en la persona y en su vida cotidiana. Hay razones para esperar que la aplicación de los resultados basados en pacientes serían especialmente relevantes en psiquiatría.

Objetivos: Explorar las medidas de resultado utilizadas en la investigación y la práctica psiquiátrica, con especial referencia a resultados basados en pacientes.

Metodología:

- *Se realizó una revisión crítica de la literatura sobre resultados en salud.*
- *Una revisión sistemática de los métodos utilizados para medir resultados en la investigación en evaluación psiquiátrica (se consideraron los ensayos aleatorios y los estudios de resultados)*
- *Una encuesta sobre el uso de las medidas de resultado en la práctica habitual de los de los psiquiatras en el Reino Unido.*
- *Una revisión sistemática de la efectividad que las medidas de resultado rutinarias tienen*

en la mejora de la calidad de la atención de los problemas psiquiátricos más comunes.

Resultados: En el sistema sanitario ha surgido lo que se podría denominar movimiento a favor de las medidas de resultados, que puede ser entendido en términos sociales, políticos y económicos. Las medidas de resultado en la investigación psiquiátrica están dominadas por la medición de los síntomas psiquiátricos, con muy pocas referencias a las medidas basadas en el paciente. En la práctica habitual, los psiquiatras del Reino Unido, raramente incluyen medidas de resultado. Hay suficiente práctica y barreras actitudinales para usar los resultados como instrumentos de evaluación en los servicios de salud mental del National Health Service británico, pero hay poca evidencia que sustente que las medidas de resultado mejoren la calidad de los cuidados en salud mental.

Revisión crítica de las medidas de resultado en la investigación y en la práctica

Discusión: La política actual de salud mental otorga gran énfasis a las medidas de resultado, pero es probable que este énfasis decaiga. El potencial de las medidas de resultado basadas en el paciente está aún por descubrirse. Y se ha detectado la necesidad de investigación sobre el valor que estas medidas pueden traer a la práctica psiquiátrica.

Referencia: Gilbody S, House A, Sheldon T. Outcomes Measurement in Psychiatry. July 2003. Centre for Reviews and Dissemination (CRD).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

En la mayoría de los países llamados desarrollados la frecuencia de la obesidad y en concreto de la obesidad mórbida, definida por un IMC>40 kg/m 2 o IMC>35 kg/m 2 con comorbilidades, se ha convertido en problema importante de salud pública.

La obesidad mórbida está asociada a un aumento de la morbilidad y de la mortalidad general. Se ha reconocido como un factor de riesgo de diversas enfermedades.

En nuestro país, desde hace unos años, diversos equipos de cirugía han venido interviniendo con diferentes técnicas quirúrgicas a las personas con obesidad mórbida.

Las técnicas empleadas en la cirugía bariátrica se dividen en dos grandes grupos: simples o restrictivas (bandas gástricas y gastroplastia vertical anillada) y complejas o mixtas (bypass gástrico y desrivación biliopancreática). A grandes rasgos, las técnicas restrictivas conllevan por definición una mayor limitación a la ingesta. Las mixtas, que actúan sobre el estómago y el intestino, son predominantemente malabsortivas.

Objetivo: Analizar la actividad y el grado de implantación de las técnicas de cirugía bariátrica en el Sistema Nacional de Salud, valorar su eficacia, efectividad y seguridad, realizando recomendaciones básicas para garantizar la calidad de la atención prestada.

Métodos:

1. Encuesta a 88 centros públicos y privados que realizan o han realizado cirugía bariátrica en el territorio del sistema nacional de salud y búsqueda en registros y bases de datos sobre actividad hospitalaria para conocer el nivel de implantación de la técnica en España.

2. Revisión sistemática sobre la seguridad y efectividad de las diferentes técnicas quirúrgicas en pacientes con obesidad mórbida, medidos en términos de pérdida de peso, mejora de comorbilidades, calidad de vida, mortalidad y complicaciones.

La búsqueda ha sido electrónica y manual en idiomas español, inglés, francés e italiano en el período de 1992 a 2002. Se han utilizado los siguientes términos de búsqueda: Términos MeSH: obesity/surgery, obesity, morbid/surgery, gastroplasty, gastric bypass, biliopancreatic diversion, anostomosis, roux en y, jejunoileal bypass. Términos no MeSH o lenguaje libre: severe obesity, bariatric surgery, duodenal switch, operation, vertical banded gastroplasty, gastric band*, gastric bariatr*, lapband, biliopancreatic bypass

Resultados: De la encuesta: se enviaron un total de 88 encuestas a centros que realizan cirugía bariátrica. Un 67% correspondían a centros públicos y un 33% a centros privados. La tasa global de respuesta fue de un 51.1%.

En España se está realizando la técnica desde el año 1977. La cirugía bariátrica se está aplicando en 15 comunidades autónomas. Se emplean todas las técnicas aunque es el bypass gástrico el más utilizado actualmente, por el 82% de los centros.

De la revisión: Se han sintetizado los resultados obtenidos a partir de 5 revisiones sistemáticas (que incluyen 273 estudios) y 29 estudios primarios.

La cirugía bariátrica se está aplicando en 15 comunidades autónomas.

En cuanto a la seguridad, la morbilidad atribuible a las bandas y la gastroplastia vertical anillada (GVA) se sitúa en cifras en torno al 10%, con tasas de reoperaciones importantes a medio y largo plazo, tanto por fracaso de la técnica (efectividad), como por complicaciones de la misma o repercusión importante sobre la calidad de vida.

El bypass gástrico (BG) presenta una incidencia global de muerte perioperatoria inferior al 1%, siendo el tromboembolismo pulmonar y la sepsis por dehiscencia de sutura las causas más frecuentes.

Surgical Treatments for Deep Venous Incompetence.
AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca

Suicide Prevention Strategies: Evidence from Systematic Reviews
AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca

Magnetic Resonance Spectroscopy for Brain Tumors (MRS)
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
www.ahcpr.gov

Acupuncture for Fibromyalgia
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate ANAES, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
www.anaes.fr

Agenda

XXII Reunión científica anual de la Sociedad Española de Epidemiología
Lema "Epidemiología, una herramienta para la gestión sanitaria"
Cáceres, 27 a 29 de octubre de 2004
www.seexxii.com

Jornadas de Atención Primaria de Asturias y XII Encuentro regional de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria
Campus universitario de Mieres, 10 a 11 de junio de 2004
email:buzongeneral.gap7@sespa.princast.es

XXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial Las Palmas de Gran Canaria, de 5 al 8 de octubre de 2004

Abierto plazo de inscripción

www.secalidad.org

SISAN: Sistema de Información Sanitaria

Recurso web de acceso gratuito con información sobre la salud recogida de múltiples fuentes

Elaborado por la Fundación Gaspar Casal para la investigación y el desarrollo de la salud bajo el patrocinio de las Fundaciones Sanitas y Lilly

www.sisan.info

Unidad de Evaluación Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo (UETS, Lain Entralgo Agency) Madrid
Internet:
http://www.madrid.org/lainentralgo/estudios/marcevalua/ffevalua.htm

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 Carbayón 1 y 2
33001 - Oviedo

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

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez

D.L.: As-1134/2001

En cuanto a la efectividad, la pérdida de peso a corto plazo es similar entre las diferentes técnicas. Pero el mantenimiento de la pérdida de peso a medio-largo plazo es inferior con las técnicas restrictivas, observándose una recuperación parcial del peso. La GVA consigue pérdidas de sobrepeso entre 55% y 60% a los 5 años, mientras que los pacientes sometidos a BG pierden el 60-70% y alrededor del 75% tras la DBP.

Conclusiones: Debido a los problemas metodológicos y de diseño, la evidencia científica es moderada a baja por lo que los resultados deberían ser tomados con precaución.

Globalmente, las técnicas quirúrgicas simples (restrictivas) implican una mayor seguridad y una menor efectividad a largo plazo. Por el contrario, a mayor componente malabsortivo habrá mayor riesgo de complicaciones, una curva de aprendizaje más dificultosa y mejores resultados en cuanto a pérdida de peso.

Referencia: Rico Iturrioz R. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Abril 2003. Basque Office for Health Technology Assessment (OSTEBA)

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS COAGULÓMETROS PORTÁTILES

Introducción: Se estima que los tratamientos anticoagulantes orales (TAO), en la actualidad, afectan a alrededor de 400.000 personas en España. Estos tratamientos, seguros y eficaces, no están exentos de riesgos, fundamentalmente de hemorragia, que puede ser clínicamente poco relevante o fatal.

En la década pasada fueron comercializados los coagulómetros portátiles (CP), que sustituyen los habituales controles por venopunción y se han ido incorporando en la práctica habitual de la atención primaria y hospitalaria, sin que su eficacia y eficiencia hayan sido evaluadas.

Objetivos: Evaluar la evidencia existente en torno a la eficacia y la seguridad del autocontrol (AC) del TAO y, secundariamente, hacer un estudio de coste-efectividad de esta tecnología.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura nacional e internacional sobre control domiciliario del TAO, en las bases de datos bibliográficas MEDLINE, DARE, HTA-Database, NHS-EED y The Cochrane Library desde sus respectivos inicios hasta marzo de 2003 y búsqueda no sistemática en Internet y literatura gris. Sólo se seleccionaron los ensayos clínicos aleatorizados y los estudios casi-experimentales, cuya calidad fue evaluada según los criterios de la Scottish Intercollegiate Guideline Network.

Para la evaluación económica, asumiendo la perspectiva del asegurador, se diseñó un árbol de decisiones markoviano que comparaba cinco posibles alternativas terapéuticas: control habitual hospitalario, AC en domicilio, control ambulatorio mediante los CP, control hospitalario mediante los CP y control en el domicilio de los niveles pero con dosificación ambulatoria. El análisis de los costes y de las probabilidades se hizo de acuerdo con la literatura de mejor calidad obtenida en la revisión de la evidencia científica.

Resultados: De las 68 publicaciones seleccionadas, 12 cumplían los criterios de inclusión preestablecidos. De ellas, 7 ensayos clínicos aleatorizados de calidad muy variable, y 5 estudios casi-experimentales de calidad media o baja.

La eficacia de los CP se analiza en función de cuatro indicadores: porcentaje de muestras que se encuentran en el rango terapéutico, porcentaje de tiempo en que las muestras están en el rango terapéutico, complicaciones trombóticas y hemorrágicas y satisfacción. El porcentaje de muestras que se encuentran en el rango terapéutico es entre el 53% y el 89% en el grupo de AC y entre el 43% y el 74% en los pacientes en tratamiento habitual. El porcentaje de tiempo en que las muestras están en el rango terapéutico, los pacientes en régimen de AC pasaban entre el 69% y el 78% del tiempo en rango terapéutico, mientras que en los controles (en tratamiento habitual) era de entre el 53% y el 77%. Las complicaciones aparecen en los pacientes en AC entre un 0% y un 30%, mientras que en los controles aparece entre el 0% y el 15%. En satisfacción parece que los pacientes prefieren el AC, aunque los instrumentos de medida para valorar este punto son en general deficientes.

Las conclusiones de este informe tienen que ser tomadas con cautela

En cuanto a la evaluación económica, el control del TAO con los CP en el ámbito hospitalario es la más eficiente (medida ésta como el coste por año mantenido en el rango terapéutico), aunque el coste incremental (a igual efectividad) con respecto al AC y en el uso de los CP de manera ambulatoria es de 478 y 156, respectivamente. Dada la mayor comodidad y los muy menores costes no-asistenciales de las dos últimas, probablemente éstas serían las opciones más deseables desde la perspectiva de la sociedad. El análisis de sensibilidad da robustez en las variables de costes, pero no es así para las variables de efectividad, haciendo que estas conclusiones tengan que ser tomadas con cautela.

Referencia: Oriol de Solà-Morales Serra, Josep M. Elorza Ricart. Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. Julio de 2003. Agència d 'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (CAHTA)