n.º 3 2003

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias

El Metanálisis: muchas veces nombrado, pero desconocido.

El metaanálisis, originado en las ciencias sociales y desarrollado durante los últimos veinte años, es una metodología científica que da respuesta a investigaciones concretas de manera cuantitativa. Es una metodología adecuada para interpretar el enorme volumen de investigación médica que se realiza actualmente. Sustituye a los artículos de revisión, mediante la aplicación de métodos estadísticos formales que permiten combinar datos de diferentes estudios clínicos, que incluyan preguntas de investigación similares o comparables.

Los objetivos del metanálisis como método de investigación científica son, entre otros: dar respuesta a problemas de investigación concretos; aclarar resultados contradictorios mediante el examen de las características específicas de un estudio, como es por ejemplo la calidad de su diseño; incrementar la potencia estadística para poder determinar con mayor precisión los resultados clínicos mas importantes, cuestión muy relevante en los estudios clínicos con resultados negativos; mejorar la capacidad de generalización de los resultados obtenidos a la población teórica de enfermos; aumentar la precisión en la estimación de la magnitud y la potencia del efecto de la tecnología evaluada en el caso de estudios con resultados positivos y en los análisis de subgrupo. (Jovell, A y otros, 1999).

Esta herramienta ha devenido también, como una metodología de elección para evaluar, clasificar y combinar la evidencia científica disponible, entre otras experiencias se pueden citar las revisiones cuantitativas realizadas por la Colaboración Cochrane.

Es oportuno mencionar, conjuntamente con sus ventajas, algunas de las limitaciones que presenta el metaanálisis. Una es el sesgo de selección, a causa tanto de una búsqueda bibliográfica inapropiada como del denominado sesgo de publicación, por el cual solo se pueden seleccionar los estudios que han sido publicados y que suelen ser los que demuestran la eficacia de la intervención a estudiar, también denominados estudios positivos. Otra es la ausencia de datos apropiados y de los ensayos controlados y aleatorizados necesarios para responder a las preguntas de investigación concretas. Los sesgos en los criterios de inclusión de los estudios introducidos por los investigadores.

La generalización de los resultados, que están restringidos al conjunto de estudios combinados, y pueden no ser generalizables al total de estudios que tratan el tema de investigación seleccionado. La variabilidad en la calidad del diseño de los estudios seleccionados y los posibles sesgos en la interpretación de los resultados clínicos.

Entre sus aplicaciones podemos citar: evaluar y estimar la eficacia o el riesgo global de una práctica médica, tanto sea ésta terapéutica como preventiva. También se ha utilizado para estimar con mayor fiabilidad la precisión diagnóstica de una prueba de cribaje o de diagnóstico, la probabilidad de enfermar de una población expuesta a un factor de riesgo, o la prevalencia de una enfermedad o factor de riesgo en diferentes registros poblacionales. Así es que se ha utilizado para obtener estimaciones del efecto de intervenciones específicas en diversos campos, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la oncología, la pediatría, la prevalencia del tabaquismo, entre otras disciplinas.

Cabe recordar que la realización de un metaanálisis requiere de un protocolo de investigación elaborado a partir de una pregunta de investigación claramente definida y su aplicación ha de tener en cuenta las características del proceso de búsqueda bibliográfica, selección de estudios, extracción y compatibilidad de los datos, calidad, heterogeneidad, medida de los resultados, técnicas de análisis de los datos e interpretación de los resultados de síntesis.

sumario

Los registros sanitarios del SESPA

Tienen mayor presencia los de tecnologías terapéuticas 2

Utilización de marcadores tumorales séricos

Los datos encontrados no resultan suficientes 2

Criterios en la artroscopia de rodilla

Sólo hay una conferencia de consenso sobre la AR 3

La tecnología y la promoción de la salud

Las intervenciones deben tener subcomponentes 4

PUBLICACIONES

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

- *Relative Benefits of Various Types of Hip Prostheses*
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
http://www.ccohta.ca

- *Sacral Nerve Stimulation Device for Urinary Incontinence*
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
http://www.ccohta.ca

- *Implantable middle ear hearing device for adult auditive rehabilitation*
february 2002
ANAES L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
http://www.anaes.fr

- *Flat-panel detectors*
may 2002
ANAES L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
http://www.anaes.fr

- *Coated stents for coronary arteries*
February 2002
MSAC Medicare Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

- *Visual electrodiagnosis*
April 2002
MSAC Medicare Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

- *Fludarabine as second-line therapy for B cell chronic lymphocytic leukaemia: a technology assessment*
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

REGISTROS SANITARIOS DEL SESPA

Objetivos: 1. Identificar los registros potencialmente útiles en la Investigación de Salud. 2. Describir los registros identificados de forma sistemática y estandarizada. 3. Detectar las áreas prioritarias de investigación en salud no cubiertas por registros, para las que sería útil la implantación de sistemas de registros. 4.Disponer de un soporte estandarizado para evaluar y mejorar la calidad de los registros sanitarios existentes.

Método. Tipo de estudio: descriptivo transversal en el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Fuentes de información: informadores clave identificados por las Direcciones Médicas de los Hospitales y de Atención Primaria de Salud, y a la Gerencia de los Servicios de Salud Mental. Recogida de datos: modelo estandarizado que se remitió a esta persona de contacto. Información recogida: Nombre del registro, Institución, Responsable, Localización, Tipo de registro (de utilización de tecnologías /de casos de enfermedad), soporte (magnético/papel), Objetivos, Fuentes de información, Criterios de inclusión, cobertura, variables recogidas, Periodo de seguimiento, Informes y referencias y Códigos utilizados. Criterio general de inclusión de registros: cumplir la definición de registro utilizada, realizarse una explotación independiente, es decir que no fueran datos de historia clínica no individualizados, tener a la persona como unidad de análisis (como caso de enfermedad o como utilizador de una tecnología sanitaria). Se han excluido registros que aunque se conoce por otras fuentes su existencia no han sido informados. Se propone inicialmente repetir la recogida de datos y reeditar la información con una periodicidad de 2 años.

Tienen mayor presencia los de tecnologías terapéuticas

Resultados: Se han incluido 31 registros sanitarios, los cuales representan ocho áreas clínicas y un grupo de miscelanea, las áreas clínicas más representadas son cáncer y enfermedades infecciosas. Por tipo de registro son más frecuentes los de morbilidad, y en utilización de tecnologías tienen una presencia mayor los de tecnologías terapeúticas y apenas tienen representación los de tecnologías diagnósticas. En cuanto a la cobertura cuatro de los registros se desarrollan por iniciativa de sociedades científicas para estudios de ámbito nacional, aunque los descritos tienen una cobertura de ZBS o áreas sanitarias. Cuatro registros tienen cobertura en la Comunidad Autónoma y cinco de los registros identificados alimentan registros de la Comunidad Autónoma, al no disponer de información exhaustiva no podemos conocer la cobertura de los registros autonómicos.

Discusión: Aunque la cobertura del registro es baja no supone un obstáculo para su aplicabilidad con respecto a los registros incluidos, aunque sí se verá limitada la eficiencia del mismo. La selección realizada no ha incluido registros administrativos, historias clínicas y otros registros de los que no se disponía de información suficiente, así como registros cuya existencia es conocida pero no han sido declarados por sus responsables.

Nota: el informe completo está a disposición de los profesionales que lo deseen solicitándolo a la Unidad de Análisis y Programas. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plaza del Carbayón 1 y 2. 33001 OVIEDO. Correo electrónico: gestudios@sespa.es

UTILIZACIÓN DE MARCADORES TUMORALES SÉRICOS EN CÁNCER

Introducción: Los marcadores tumorales son determinantes bioquímicos asociados a tipos específicos de cáncer que, en general, se han considerado herramientas útiles en la investigación y manejo de la enfermedad cancerosa. Ante el incremento actual, surge la pregunta de si realmente tienen un valor científicamente probado.

Objetivos: Analizar la evidencia científica respecto a la capacidad diagnóstica y pronóstica de los marcadores tumorales séricos CA19 y CEA en cáncer de colon y recto; AFP en carcinoma hepatocelular; CA15.3, CEA y TPA en cáncer de mama y CA125, CEA, CYFRA21.1, NSE y SCC en cáncer de pulmón.

Metodología: Se localizaron 3.156 artículos y se seleccionaron 464 para el análisis final. La validez metodológica no es la idónea ya que el nivel de evidencia es el correspondiente a series clínicas, muchas de ellas retrospectivas. De los marcadores séricos evaluados no hay ninguno que aisladamente contribuya de manera inequívoca al diagnóstico, pronóstico o monitorización del tratamiento de los cánceres estudiados.

Conclusiones y recomendaciones: Los datos existentes son insuficientes para recomendar: a) el uso de CA19.9 ó CEA en el cribado, diagnóstico, pronóstico, vigilancia o monitorización tras tratamiento de los pacientes con cáncer colo-rectal. B) el uso de AFP en la detección precoz del HCC c) el uso de CA15.3, CEA o TPA para el cribado, diagnóstico, estadiaje, pronóstico o seguimiento tras tratamiento primario de las pacientes con cáncer de mama y d) el uso de CA125, CEA, CYFRA21.1, NSE o SCC en el diagnóstico, pronóstico, detección precoz de recidiva o monitorización de la respuesta al tratamiento de los cánceres de pulmón.

Los datos encontrados no resultan suficientes

CRITERIOS DE INDICACIÓN DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

Introducción: La artroscopia de rodilla (AR) es una técnica que permite aplicar por vía endoscópica una serie de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de lesiones articulares relacionadas con la patología meniscal, las lesiones ligamentosas, las lesiones condrales, las osteocondrales y otras. La artroscopia surge, en algunos casos, como alternativa a la cirugía abierta. Las ventajas más remarcables de esta técnica, son su menos invasividad, mayor confort para el enfermo, menor morbilidad y reducción de la estancia hospitalaria.

Objetivos: La Agencia de Evaluación de Tecnologías e investigación médica de Cataluña realiza un informe con dos objetivos, el primero es describir la utilización de la AR en Cataluña y para ello llevan a cabo un estudio descriptivo longitudinal a partir de los datos del CMBDAH durante el período 1995-2000. El segundo es definir los criterios de indicación de la AR y solo a este nos referiremos a continuación.

Metodología: Para establecer los criterios de indicación de la AR se realizó una revisión sistemática de la literatura centrada exclusivamente en las guías de práctica clínica, protocolos, recomendaciones, conferencias de consenso y revisiones, con evaluación de la calidad mediante los criterios definidos por el Evidence Based Medicine Working Group. Los resultados de la revisión y las aportaciones de los especialistas fueron sometidos posteriormente a consenso por parte del grupo de trabajo.

Resultados: Se ha identificado solo una conferencia de consenso sobre las indicaciones de la AR, organizada en al año 1994 por la Agence National pour le Développment de l'Évaluation Médicale (ANDEM) en colaboración con cinco sociedades científicas. No se ha encontrado ningún otro documento que cumpliera los criterios de inclusión previamente definidos.

Sólo hay una conferencia de consenso sobre la AR

Con las indicaciones identificadas y las propuestas por los especialistas, se han elaborado los criterios de indicación de la AR que se encuentran en la tabla, a continuación, clasificados según la finalidad de esta técnica: curativa, paliativa o asociada a otros tratamientos quirúrgicos.

Artroscopia curativa	Artroscopia paliativa	Artoscopia asociada a otros tratamientos quirúrgicos
· Lesión meniscal aislada con sintomatología y exploración clínica positiva *	· Patología sinovial difusa: - Sinovitis vellonodular pigmentada generalizada - Condromatosis generalizada - Artropatía hemofílica	· Patología meniscal asociada a la osteotomía correctora
· Patología ligamento entrecruzado	· Patología degenerativa - Rodilla artrósica	· Fractura intraarticular asociada a osteosíntesis
· Cuerpos libres (tanto en presencia como ausencia de sintomatología)	· Patología metabólica - Condrocalcinosis	· Control de fracturas intraarticulares
· Lesiones condrales aisladas grado III-IV **	· Síndrome rotuliano***	
· Patología sinovial localizada (sinovitis vellonodular pigmentada, placas, biopsias articulares en tumores localizados)	· Inestabilidad rotuliana	
· Otras patologías - Artitis séptica postquirúrgica o hematógena o sin material protésico - Artrofibrosis postquirúrgica intraaticular		

*También se ha de valorar la indicación de la artroscopia en determinadas situaciones: 1) en ausencia de sintomatología o exploración clínica negativa, a pesar de que el diagnóstico por la imagen sea positivo. 2) en lesiones de menisco asociadas a la artrosis o a otras enfermedades degenerativas.

** Si está indicado el tratamiento quirúrgico, este se puede hacer por atroscopia.

*** Actualmente hay controversia sobre la eficacia del tratamiento quirúrgico de este síndrome.

- The cost-effectiveness of magnetic resonance angiography for carotid artery stenosis and peripheral vascular disease: a systematic review

NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment

http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

- Effectiveness of acupuncture for the treatment and rehabilitation of accident-related musculoskeletal disorders

June 2002

NZHTA New Zealand Health Technology Assessment

http://nzhta.chmeds.ac.nz

- Trans-gender reassignment surgery

NZHTA New Zealand Health Technology Assessment

http://nzhta.chmeds.ac.nz

- Utilización de marcadores tumorales séricos en cáncer colo-rectal, carcinoma hepatocelular, cáncer de mama y cáncer de pulmón

Marzo 2003

OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment

http://www.euskadi.net/sanidad

- Prevention, Diagnosis, and Treatment of Venous Thromboembolism – a systematic review

SBU Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

http://www.sbu.se

- Obesity – Problems and Interventions

SBU Swedish Council on Technology Assessment in Health Care

http://www.sbu.se

Agenda

ISPOR 6th Annual European Congress

Barcelona, 9-11 de Noviembre de 2003

Princesa Sofía Continental, Barcelona, Spain

"Outcomes Research: Bridging the Gap Between Policy and Research"

www.ispor.org

Encontro Nacional de Economia da Saude

Lisboa, 23 e 24 de Outubro de 2003

Escola Superior de Tecnología da Saúde

http://planeta.clix.pt/economiadasude/

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Área de Organización Asistencial
Plaza Carbayón 1 y 2
33001-Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini
José Fernández Díaz
Tfno.- 985 10 85 52
Fax.- 985 10 85 44
E-mail:
elviramc@princast.es
josefd@princast.es

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez

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

LAS TECNOLOGÍAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Introducción: Se ha podido observar que los profesionales sanitarios conocen la existencia de guías y recomendaciones sobre intervenciones preventivas. Sin embargo, no las recomiendan a todos los pacientes. Tres tipos de factores se han identificado como barreras para la mayor frecuencia en la recomendación de intervenciones de prevención: relacionados con los pacientes, relacionados con los profesionales y relacionados con el propio sistema. En España, está documentado que las actividades de prevención distan de ser óptimas y que existe una importante variabilidad entre centros.

Parte de la variabilidad observada tenía que ver con características de los individuos (factores de riesgo o enfermedades, edad, sexo), pero también con características de los centros (disponibilidad de un registro, consulta de enfermería, carga asistencial, años de funcionamiento o dispersión territorial). Pero también se ha identificado que la actitud del profesional ante la prevención tiene un importante efecto en la utilización de estas intervenciones.

Las intervenciones deben tener subcomponentes

Por otra parte, y puesto que las características específicas de los centros pueden influir en la utilización de actividades de prevención, las estrategias de intervención deben reconocer las peculiaridades de cada centro a la hora de diseñarse y ponerse en marcha.

Para resolver esta situación, se han planteado numerosas intervenciones con diferentes estrategias con el objetivo de incrementar la utilización de actividades de prevención. No obstante, los resultados de las diversas revisiones no son concluyentes y el conocimiento sobre la efectividad de los diversos métodos es limitado. Esto implica que actualmente no existe una base sólida y científica que permita asumir qué tipo de intervenciones es el que va a funcionar. Uno de los factores que puede haber contribuido a esa falta de conocimiento es la ausencia de un modelo teórico para clasificar las diversas intervenciones existentes destinadas a promover la utilización de actividades preventivas.

Objetivo: El objetivo principal de este informe es investigar la efectividad de las diferentes estrategias destinadas a incrementar la utilización de los servicios de prevención y promoción de la salud. En concreto, en esta revisión se evaluarán las estrategias diseñadas y puestas en marcha para incrementar la utilización de la mamografía por mujeres para la detección precoz del cáncer de mama.

En esta revisión se investiga si existen diferencias entre los diferentes métodos para contactar con las mujeres, citarlas, transmitirles información, educarlas, de recuerdos para los profesionales, de organización de los sistemas de salud u otras actividades en cuanto a las tasas de participación y en la utilización de la mamografía.

Para ello se evaluará la efectividad de cada una de las posibles intervenciones, así como cuál es la efectividad de la combinación de intervenciones. Asimismo, se evaluará el efecto de los diversos entornos en los que se llevan a cabo estas intervenciones sobre la utilización de estas actividades preventivas.

Método: Se ha efectuado una revisión de la literatura a partir de una búsqueda electrónica en Medline correspondiente al periodo enero 1996-septiembre 2002. Se han seleccionado los artículos que cumplían criterios de inclusión predefinidos. Las intervenciones incluidas en dichos trabajos se han catalogado en seis tipos utilizando un modelo conceptual basado en el propuesto por Wagner en su modelo de atención a enfermedades crónicas, que incluye las siguientes estrategias de intervención en los sistemas sanitarios: Organización, Comunidad, Apoyo a la toma de decisiones, Sistemas de información, Apoyo al autocontrol y Rediseño.

Resultados: Se han identificado 45 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Las intervenciones que introducen elementos destinados a incluir la participación de la comunidad, aprovechando e incorporando en el sistema sanitario recursos ajenos al mismo, como organizaciones sociales o no profesionales, son estrategias que consiguen una alta participación de las mujeres. Las intervenciones cuyo objetivo es introducir cambios organizativos en el sistema sanitario, como los programas poblacionales, los planes de calidad total o mejora continua de la calidad, o incentivos financieros, también consiguen una elevada participación de las mujeres en la mamografía. El beneficio que aportan las intervenciones que incluyen estrategias de sistemas de información, autocontrol para las mujeres, apoyo a la toma de decisiones de los profesionales, o diseño de los sistemas de prestaciones, es equivalente entre sí, y similar al que se obtiene con la atención usual.

Las intervenciones más complejas, en términos del número de estrategias de cambio que se incorporan, obtienen mejores resultados en términos de utilización de la mamografía que aquellas en las que únicamente se considera una estrategia, que son semejantes a los que se obtienen con la atención usual. Las intervenciones que se llevan acabo en entornos de comunidad o poblacionales son las que alcanzan mejores resultados en participación de las mujeres. Las intervenciones desarrolladas a partir de centros sanitarios obtienen resultados equivalentes a las que se pueden obtener con la atención usual, mientras que aquellas que se organizan a partir de los seguros de asistencia obtienen resultados muy bajos.

Recomendaciones: Para incrementar la participación en las actividades preventivas es preciso asumir la complejidad inherente a este tipo de intervenciones. Las intervenciones que se planteen deben tener diversos subcomponentes para superar la diversidad de barreras al acceso que existen. Las intervenciones deben incorporar estrategias de cambio que incorporan a la comunidad e incluyan cambios organizativos en los servicios de salud. Los programas desarrollados con una perspectiva comunitaria y poblacional son esenciales para alcanzar una elevada participación en estos programas.