n.º 4 2001

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

sespa

¿Debe la equidad ser una preocupación de los clínicos?

Entre los vocablos mas utilizados para definir la equidad encontramos palabras como apertura, igualdad, honestidad, justicia, imparcialidad, pero son todas muy vagas. La OMS dice que no hay equidad cuando hay diferencias que son injustas, tanto si son inaceptables como evitables. En este artículo consideraremos una de su faceta, la relacionada la asignación de recursos.

La idea de que los recursos en el sector sanitario deben distribuirse de acuerdo con las necesidades de cuidados sanitarios, está muy extendida. De aquí que aquellos que tienen mas necesidad son aquellos que más beneficio pueden obtener de los cuidados sanitarios que reciban. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que el objetivo de la eficiencia consiste en maximizar las ganancias en salud, la equidad y la eficiencia no estarían en conflicto. La misma distribución de recursos conseguiría al mismo tiempo eficiencia y equidad. El problema es que la necesidad no está siempre explícitamente definida lo que hace imposible una única asignación de recursos. Mencionaremos tres definiciones de necesidad.

La primera equipara la necesidad de cuidados sanitarios con el concepto de enfermedad y el grado de severidad de la misma por lo que se deduce que a mayor severidad mayor grado de necesidad. Esta definición, no obstante, ignora el hecho de la existencia o no de un tratamiento efectivo.

La segunda definición de necesidad está estrechamente relacionada con la efectividad; y argumenta que la necesidad debe ser definida con respecto a un objetivo específico. Consideremos la proposición: "Y necesita alcanzar X" y la necesidad solo existe cuando se ha demostrado que Y es efectiva en alcanzar X. Pero, cuando de financiación pública se trata, X no puede ser cualquier objetivo, sino que debe ser considerado como un objetivo de amplio consenso social. Es decir es necesario distinguir entre necesidades y meros deseos. Y aún hay que decir algo mas, y es que Y no solo debe ser efectivo sino además coste-efectivo en alcanzar X. [1]

La tercera definición vincula la necesidad con el resultado en términos de salud para ello estima el gasto requerido para producir la máxima ganancia posible en salud. El conflicto potencial se produce entre la importancia de la necesidad y la cantidad de recursos necesarios para cubrirla.

No hay equidad cuando hay diferencias que son injustas

Por ejemplo, una persona que sufre una alergia severa a la picadura de abeja, que necesita un simple antídoto para prevenir la muerte; tendría menor necesidad que una persona con cataratas moderadas que requiere cirugía. Pero, a pesar de que la última persona requiere de mayores cuidados sanitarios (en términos de utilización de recursos) no diríamos que esta tiene mayor necesidad sanitaria.

Bajo este principio de asignación de recursos de acuerdo con la necesidad, la equidad horizontal y vertical se entiende como igual tratamiento a igual necesidad y desigual tratamiento en proporción a la desigual necesidad. Algunos han objetado esta formulación desde el punto de vista individual como coercitiva, ya que interpretada estrictamente implica que una persona debe recibir cuidados sanitarios aunque no lo desee; es decir que se impone a la autonomía personal.

Podemos concluir de estas reflexiones que la equidad, en su relación con la asignación de recursos, no es ajena a las decisiones individuales.

(1) Handbook of Health Economic. Editores Culyer, A J y Newhouser, J P. North-Holland (2000)

sumario

El síndrome de la APNEA del sueño en el País Vasco
Las prótesis de avance mandibular se consideran un tratamiento prometedor 2

Implantes auditivos: Conceptos, indicaciones y uso apropiado
La mayoría de los estudios se centran en la capacidad de percibir la palabra 2

La transmisión del HIV y el coste-efectividad de la metadona
El grupo de estudio poblacional fue de población general de entre 18 y 44 años 3

El síndrome de la fatiga crónica
El origen del SFC no se conoce con claridad, pero integra factores orgánicos y psicológicos 4

Publicaciones

De las Agencias españolas:

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ISC III. (AETS) Braquiterapia para el tratamiento del cáncer ginecológico y de otras localizaciones. (2000)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (AETSA) Uso adecuado del factor VII en el tratamiento de la Hemofilia A. Conferencia de consenso. (2000)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba). Análisis del uso de la radiología simple en los servicios de urgencia hospitalarios. (2001)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba). Análisis de la profilaxis antibiótica quirúrgica. (2000)

De las agencias de otros países:

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Clinical and economic evaluation of sterotactic brain radiosurgery. (2000)
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Ruptured intracranial aneurysm:

EL SÍNDROME DE LA APNEA DEL SUEÑO EN EL PAÍS VASCO

El Síndrome de la Apnea-Hipoapnea del Sueño (SAHS) se caracteriza por un cuadro de episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, provocando constantes desaturaciones de la oxihemoglobina y despertares transitorios.

La prevalencia del SAHS, según estudios realizados en varias regiones de España, es elevada, situándose entre un 2,2% y un 6% en hombres y entre un 0,8% y un 2% en mujeres.

El tratamiento con CPAP mejora la calidad de vida

El objetivo es analizar la evidencia científica sobre la efectividad de las diferentes estrategias terapéuticas en el SAHS, determinar cual es el tratamiento mas coste-efectivo del SAHS con presión positiva continua de la vía aérea superior (CPAP) en el ámbito del servicio sanitario del País Vasco y elaborar las recomendaciones para el abordaje del SAHS en dicha red.

Para ello ha realizado un análisis coste-efectividad mediante la elaboración de un modelo de Markov, en el cual se analiza el tratamiento del SAHS mediante CPAP tal y como se practica en la Unidad del Sueño de Hospital de Txagorritxu, comparado con la alternativa de que los paciente sigan su evolución natural sin tratamiento.

El resultado de análisis coste-efectividad muestra para un paciente tipo, varón de 55 años tratado durante toda su vida con CPAP, un coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado de 1.923.422 pts (11.560). Mediante un análisis de sensibilidad el coste por AVAC ganado se situó entre 3.000 y 17.000 , considerándose una práctica coste-efectiva al estar por debajo de la cifra, comúnmente aceptada, de 20.000 por AVAC.

El estudio concluye que la evidencia encontrada y analizada presenta importantes limitaciones y problemas metodológicos. No obstante a pesar de estas limitaciones los resultados demuestran que el tratamiento con CPAP es coste efectivo y mejora la somnolencia diurna y la calidad de vida de los pacientes tratados.

Como alternativa, las prótesis de avance mandibular se consideran un tratamiento prometedor, pero aún son necesarios mas estudios para su recomendación generalizada.

Se recomienda por tanto el uso de la CPAP en pacientes con mediciones del Índice de Apnea e Hipoapnea iguales o mayores de 30 y con clínica severa o comorbilidad asociada. Con respecto a las otras opciones (fármacos, cirugía) no hay evidencia suficiente para aconsejar su uso, por lo que se recomienda que su uso se restrinja al contexto de los ensayos clínicos.

Referencia: Mar, J; Rueda, JR y Durán, J Análisis coste-efectividad de los tratamientos del síndrome de la apnea del sueño en el País Vasco. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe Nº: Osteba D-01-02.

IMPLANTES AUDITIVOS: CONCEPTOS, INDICACIONES Y USO APROPIADO

Un implante coclear es un aparato que transforma los sonidos y ruidos del medio ambiente en energía eléctrica que actúa sobre el nervio coclear produciendo sensación auditiva, pero sin restablecer la audición normal.

Indicaciones: Están indicados en pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral de asiento coclear, adecuadamente motivados y que no responden al tratamiento correcto con audífonos. Actualmente se observa una tendencia en al literatura a ampliar las indicaciones y así, en 1998 la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó el empleo de implantes cocleares en paciente con hipoacusia neurosensorial severa a profunda bilateral, con escaso beneficio con los audífonos convencionales (discriminación de la palabra inferior al 40%).

Los niveles de beneficio derivados de esta técnica dependen entre otros factores de: edad de inicio de la sordera (prelocutiva, postlocutiva), duración de la misma y el modo de comunicación antes del implante.

La evaluación de la efectividad de los implantes es difícil por la heterogeneidad de la población a la que se dirige esta técnica y por los diferentes criterios de efectividad encontrados en la literatura. El más utilizado es la capacidad de percibir la palabra en contexto abierto, sin utilización de signos visuales.

En la literatura apenas se hallaron ensayos clínicos controlados aleatorios, la mayoría son ensayos clínicos con autocontroles, en los que se realiza el seguimiento antes y después de la colocación de un implante.

Teniendo en cuenta la mayor evidencia disponible podemos decir que un implan-

te coclear es efectivo en pacientes adultos con hipoacusia de recién inicio y en niños con hipoacusia postlocutiva, si el implante se coloca precozmente. En los adultos y adolescentes con sordera prelocutiva y congénita, o adultos con sordera postlocutiva de larga duración, aunque puede observar cierta mejoría en la percepción de la palabra y puede mejorarla calidad de vida de los pacientes el beneficio es más limitado y, en general, estos pacientes no suelen estar motivados para la cirugía.

La evaluación de la efectividad es difícil por la heterogeneidad de la población

Es también efectivo en niños con sordera congénita y prelocutiva de reciente inicio. En estos hay acuerdo en implantar tan pronto como se tenga el diagnóstico certero de hipoacusia que no responde al tratamiento con audífonos, ya que la capacidad de aprendizaje del lenguaje es máxima entre los 0 y 5 años para luego disminuir.

La mayoría de los estudios se centran en la capacidad de percibir la palabra y no estudian el desarrollo del lenguaje, ni la integración social y escolar a largo plazo.

Conlleva además, una dimensión ética importante, por lo tanto se deben conocer los riesgos, el tiempo y la dedicación requeridos para la readaptación y los niveles de éxito alcanzables.

Referencia: Jauroso, A. Implantes auditivos: Concepto, indicaciones y uso apropiado. Osteba Noviembre, 2000. Trabajo realizado en el marco del "Convenio entre el MSC y el ISCIII para la evaluación y estudio de técnicas y procedimientos en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud."

LA TRANSMISIÓN DEL HIV Y EL COSTE-EFECTIVIDAD DE LA METADONA

Estimar el coste-efectividad de incrementar en un 10% los programas de tratamiento con metadona en el control de la adicción a la heroína- y la reducción del número de contagios de HIV debido al uso compartido de jeringuillas. El estudio de realiza desde una perspectiva social; el horizonte temporal es de diez años y el grupo de control es el programa actual de tratamiento con metadona.

El grupo de estudio poblacional fue un corte transversal de población general entre 18 y 44 años, que se dividió en dos, aquellos que vivían en una comunidad con alta prevalencia y aquellos que vivían en una comunidad con baja prevalencia.

A cada individuo de la población objetivo, se lo situó en uno de estos tres grupos: los que no utilizan droga inyectable (pueden o no utilizar otro tipo de drogas), los que utilizan droga inyectable con metadona y los que usan droga inyectable y no tienen tratamiento con metadona.

La medida de efectividad se obtuvo de una revisión de estudios publicados entre 1987 y 1998. También se diseñó un modelo dinámico que permitía analizar los beneficios extras que surgen de prevenir que una persona se contagie del HIV.

Los expertos recomiendan la extensión de los programas de metadona

Los resultados de la progresión de la enfermedad muestran que el tiempo medio entre la infección inicial y el Sida es de 11,5 años tanto para los que utilizan drogas no inyectables como para los que utilizan drogas inyectables y no están en programa de metadona. En cambio para los que se inyectan droga pero están en programa de metadona es de 12,2 años. La vida media entre el Sida y la muerte es de 2,6 años para ambos

La medida de los beneficios utilizada en análisis económico fueron los años de vida ajustados por calidad (AVACs). Se le asignó el 0,8 AVAC por año a los que se inyectaban droga y no estaban en un programa de metadona; mientras que el AVAC valía 0,9 para los que estaban en un programa de metadona.

El coste por AVAC estimado ha sido de $8.200 en las comunidades con alta prevalencia y de $10.900 en las comunidades en baja prevalencia; en un horizonte temporal de 10 años y a una tasa de descuento del 3%.

Los autores concluyen que cualquier valor por debajo de $33.000 por AVAC ganado puede ser coste-efectivo, por lo que recomiendan la extensión de los programas de metadona, tanto en áreas alta como de baja prevalencia.

Algunas consideraciones a tener en cuenta: la medida de resultados se obtuvo de la evidencia bibliográfica y no se aclaran algunos detalles de las mismas. En la estimación de costes se incluyeron todos los costes directos relevantes, pero no se consideró ningún indirecto (como por ejemplo el coste de transporte para recibir la metadona).

Referencia: HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. American Journal of Public Health 2000, 90(7), 1100-1111.

endovascular occlusion versus microsurgical clipping (2001).

- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) La surveillance par la mammographie apres le traitement du cancer du sein primitif (2000)
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) Assessment of videoconferencing in telehealth in Canada (2001)

Del Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial. Ordenación de Prestaciones:

- La neuronavegación en cirugía.

Informe técnico realizado por AETS (2000)

- Eficacia, efectividad y seguridad de la neuromodulación sacra en la incontinencia urinaria. Informe técnico realizado por AATM (2000).
- Prótesis endouretrales. Informe técnico realizado por AETS (2000).
- Tratamiento no farmacológicodel dolor: Tens, Pens y neuroestimulación.

Informe técnico realizado por AETS (2000).

Agenda

11-13 de noviembre 2001
4th Annual European Congress de la ISPOR International Society for Pharmaeconomics and Outcomes Research.
www.ispor.org
Cannes, Francia

22-24 de noviembre 2001
IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria SESPAS. "Invertir para la salud, prioridades en salud pública" Zaragoza, España.

5-6 de diciembre 2001
Annual Conference and exhibition National Institute of Clinical Excellence NICE.
www.sterlingevents.co.uk
Excel, Londres, Reino Unido.

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Servicio de Organización Asistencial
Carretera de Rubín s/n.
33001-Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini
José Fernández Díaz
Tfno.- 985 10 63 34/ 66 17
Fax.- 985 10 66 33
E-mail:
elviramc@princast.es
josefd@princast.es
http://www.sespa.es

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez

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

EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA

El Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC) se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos. Entre estos, la presencia de una fatiga crónica persistente (de 6 o más meses de duración) que no mejora mucho con el descanso, que no es el resultado de esfuerzos recientes y que ocasiona en el afectado una reducción considerable de su actividad habitual, tanto laboral, como social y de ámbito personal, es su principal manifestación.

Además de la fatiga y de acuerdo con criterios clínicos internacionales, se requiere la presencia persistente de por lo menos 4 de los 8 síntomas: faringitis; adenopatías cervicales o axilares dolorosas; trastornos musculares; dolor de cabeza; sueño no reparador; tras la realización de esfuerzos, hay malestar durante más de 24 h; dificultad para concentrarse o pérdidas de memoria.

El SFC afecta predominantemente a adultos entre 20 y 40 años, sin predominio de sexo y de cualquier nivel socioeconómico. Es una enfermedad crónica oscilante, ello quiere decir que la sintomatología puede variar, incluso en una misma persona y de un día para otro. Por este motivo, se hace difícil establecer un pronóstico evolutivo, aunque el paciente ha de saber que el SFC, pese a su cronicidad, no es una enfermedad fatal.

El SFC afecta a adultos entre 20 y 40 años

El origen del SFC no se conoce con claridad, pero las últimas revisiones de la literatura médica se inclinan por la hipótesis que integran factores orgánicos y psicológicos.

Ante esta sintomatología ¿Que hay que hacer?

En estos momentos no hay ninguna prueba de laboratorio que permita establecer o apoyar el diagnóstico clínico. Entonces, el proceso a seguidamente una fatiga inexplicada es, realizar una historia clínica detallada, una exploración física y una batería de pruebas analíticas limitadas, así como una valoración psiquiátrica. Todo esto servirá para excluir otros trastornos médicos y psiquiátricos.

¿Cómo se trata el SFC?

Lo primero que hay que decir es que hoy no hay tratamiento curativo definitivo. Ante este hecho el tratamiento habitual está dirigido a tratar los síntomas.

De diferentes tratamientos fundamentados en estudios rigurosos, la terapia conductual cognitiva y el régimen de ejercicio físico gradual son, en estos momentos, los que han mostrado un beneficio tanto físico (fatiga) como psíquico (depresión), reduciendo la incapacidad del afectado. Pero el beneficio obtenido por terapias conductuales, no ha de inducir a pensar en un origen exclusivamente psicológico.

El resto de tratamientos investigados farmacológico, no farmacológicos y de medicinas alternativas, no pueden ser recomendados en la práctica clínica habitual ya que, o bién no han demostrado su efecto beneficioso o los resultados obtenidos son contradictorios o no han sido evaluados.

¿Qué es la terapia conductual cognitiva?

Se trata de una terapia psicológica que consta de dos elementos:el cognitivo o psicológico y el conductual o rehabilitador. El primero ayuda al afectado a encontrar explicaciones alternativas para sus síntomas, descartar concepciones erroneas sobre el síndrome, aprender técnicas para mejorar la concentración y estimular al individuo a tomar un rol mas activo. El segundo tiene como objetivo desaconsejar el descanso excesivo y establecer un programa de actividad física personalizada, gradual y evaluada regularmente para romper el círculo vicioso de enfermedad e incapacidad crónica que genera este síntoma.

Parece ser un tratamiento de elevada aceptación por los participantes y que no comporta efectos adversos.

Esta terapia es habitualmente realizada por psicólogos clínicos, enfermeras, terapeutas o psiquiatras especialmente entrenados.

Consideraciones finales:

El SFC, a diferencia de otras entidades clínicas, aún no tiene bien identificadas ni su causa, ni sus mecanismos de acción, no se puede diagnosticar a partir de ninguna prueba de laboratorio y no se dispone de tratamiento curativo definitivo, siendo una enfermedad crónica de evolución oscilante. Además, muchos de sus diversos síntomas, individualmente son comunes a la población general y la fatiga, principal manifestación de este síndrome, es muy subjetiva. Ello hace que el SFC esté inmerso en una controversia, tanto a nivel médico como social, a pesar de que hace 13 años que está definido.

Referencia: Estrada, MD. Síndrome de la fatiga crónica. Abril 2001 (INO 1/2001) de la AATM.