

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias >> Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Intervenciones psicosociales

Efectividad clínica y coste-efectividad de los programas dirigidos de ejercicio: revisión sistemática y evaluación económica

5/06/2013

Antecedentes

Los programas dirigidos de ejercicio (ERS, *exercise referrals schemes*) tratan de identificar en los puntos de Atención Primaria a las personas adultas inactivas. Los médicos u otros profesionales sanitarios derivan a estos pacientes a un Servicio específicamente encargado de prescribir y monitorizar un programa de ejercicios diseñado a la medida de las necesidades de la persona.

Objetivos

Establecer la efectividad y el coste-efectividad de los ERS en personas a las que se les ha diagnosticado una situación médica en la que se ha establecido el beneficio de la actividad física (AF). El ámbito de este estudio se amplió a personas sedentarias sin diagnóstico de patología.

Metodología

Revisiones sistemáticas de la efectividad y el coste-efectividad de los ERS, y de los predictores de seguimiento y adherencia al ERS; y desarrollo de un modelo económico analítico de decisión para establecer el coste-efectividad de los ERS.

Como fuentes de datos se utilizaron: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO; The Cochrane Library, ISI Web of Science; SPORTDiscus; se realizó una búsqueda en registros de ensayos en curso (entre 1990 y 2009), y se revisaron las referencias incluidas en los estudios.

Resultados

Siete estudios aleatorizados controlados (cinco realizados en el Reino Unido) cumplieron con los criterios de inclusión sobre efectividad; cinco de ellos compararon ERS con la práctica habitual, dos comparaban ERS con una intervención con otra AF alternativa, y uno comparó ERS solo frente a ERS con una intervención de teoría de autodeterminación (STD, *self-determination theory*).

En el análisis por intención de tratar, comparado con la práctica habitual, en el ERS se encontró una evidencia débil del aumento en el número de participantes que conseguían una AF de intensidad como mínimo moderada, de 90-150 minutos por semana (auto-referida) a los 6-12 meses de seguimiento (riesgo relativo agrupado: 1,11; intervalo de confianza del 95%: 0,99-1,21). No se encontró una evidencia consistente de diferencias entre ERS y la práctica habitual en la duración de la AF de intensidad moderada a fuerte y la AF total y otros parámetros, como la forma física, los lípidos séricos o la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL). No se encontraron diferencias en los resultados entre grupos de ERS e intervención con AF alternativa o ERS con STD añadida.

Ninguno de los estudios incluidos aportó resultados de personas con patología médica separadamente.

Catorce estudios observacionales y cinco aleatorizados controlados aportaron datos numéricos de adherencia al ERS (16 en el Reino Unido). Las mujeres y las personas de más edad aceptaron los ERS con mayor frecuencia, pero las mujeres, comparadas con los hombres, tuvieron menor adherencia.

Las cuatro evaluaciones económicas previas identificadas sugerían que los ERS eran una intervención coste-efectiva. Se calculó el coste incremental por año de vida ajustado por calidad (QALY) a través de un nuevo modelo de evaluación económica, para varios escenarios de los ERS. Comparado con la práctica habitual, el coste incremental medio del ERS fue de 169 £, y el incremento medio de QALY fue de 0,008, con una ratio de coste-efectividad incremental de 20.876 £ por QALY en personas sedentarias sin patología médica, y un coste por QALY de 14.618 £ en personas obesas sedentarias, 12.834 £ en pacientes hipertensos sedentarios y 8.414 £ en personas sedentarias con depresión. La estimación del coste-efectividad fue altamente sensible a las variaciones en el riesgo relativo por cambios en la AF y en los costes del ERS.

Limitaciones

Se encontró una evidencia muy limitada de la efectividad de los ERS. Las estimaciones de coste-efectividad de los ERS están basadas en un marco analítico sencillo. La evaluación económica muestra diferencias pequeñas en costes y en efectos, y los hallazgos ilustran el amplio rango de incertidumbre de las estimaciones de efectividad y de su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud. En la revisión de la efectividad no se encontraron datos que permitan valorar el efecto de los ERS en diferentes poblaciones.

Conclusiones

Persiste un considerable incertidumbre acerca de la efectividad de los ERS para incrementar la actividad física, la forma física o los indicadores de salud, y de si se hace un uso eficiente de los recursos en

personas sedentarias no diagnosticadas de patología médica. No ha sido posible identificar ninguna evidencia basada en ensayos sobre la efectividad de los ERS en las personas sin diagnóstico médico. Los futuros trabajos deberían incluir la realización de estudios aleatorizados controlados para establecer la efectividad clínica y el coste-efectividad de los ERS en grupos de pacientes con enfermedades que puedan beneficiarse de la actividad física.

[ver informe completo](#)

Palabras clave:

[Actividad física](#), [Análisis coste-efectividad](#), [Auto-determinación](#), [Calidad de vida](#), [Efectividad clínica](#), [Evaluación económica](#), [Programas dirigidos de ejercicio](#)

e-notas de evaluación

Autores/as:

Título: *Efectividad clínica y coste-efectividad de los programas dirigidos de ejercicio: revisión sistemática y evaluación económica*

Nº 25 de 2013

Disponible en: [Enlace a la noticia](#)