



Documento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias – Informe de Respuesta Rápida N° 639

**Reeducación postural global versus fisioterapia convencional en pacientes con patología de columna vertebral**

Evidencia	Beneficio neto	Costo-efectividad e impacto presupuestario	
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Mayor	<input type="checkbox"/> Favorable	 <p>La información disponible no permite hacer una recomendación definitiva aunque hay elementos que sugieren que no debería ser incorporada. Para la decisión se deberían valorar otros factores</p>
<input checked="" type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Considerable	<input checked="" type="checkbox"/> Incierto	
<input type="checkbox"/> Baja	<input checked="" type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> No favorable	
<input type="checkbox"/> Muy baja / Nula	<input type="checkbox"/> Marginal/Nulo/Incierto		

Para ver el detalle sobre las definiciones de los dominios, sus categorías y la ponderación sumaria utilizada ver el Anexo I.

**CONCLUSIONES**

Evidencia de moderada calidad sugiere que la terapia de reeducación postural global (RPG®) en comparación con la terapia física multimodal presenta beneficios menores en la reducción del dolor y mejora de la función en el seguimiento a seis meses.

Las guías de práctica clínica relevadas sobre lumbalgia, cervicalgia, espondilitis anquilosante y escoliosis no mencionan esta técnica dentro los tratamientos recomendados.

Ninguno de los financiadores públicos y privados que han sido consultados mencionan esta tecnología, aunque debe considerarse que tampoco mencionan otras técnicas de estiramiento específicas.

No se encontraron evaluaciones económicas que evalúen la costo-efectividad de esta técnica en Argentina.

*Este documento fue realizado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) a pedido de las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS. [www.iecs.org.ar/consorcios](http://www.iecs.org.ar/consorcios). Para citar este informe: Virgilio S, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz A, Bardach A, Ciapponi A. **Reeducación postural global (RPG®) en patologías de columna**. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 639, Buenos Aires, Argentina. Abril 2018. ISSN 1668-2793. Disponible en [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar).*

**GLOBAL POSTURAL RE-EDUCATION (RPG®) IN SPINE CONDITIONS****CONCLUSIONS**

Moderate quality evidence suggests that global postural re-education (RPG®) therapy when compared with multimodal physical therapy shows less benefits in reducing pain and improves function during follow up at six months.

The clinical practice guidelines consulted on low back pain, neck pain, ankylosing spondylitis and scoliosis do not mention this technology among the recommended treatments.

None of the public and private sponsors consulted mentions this technology; however, it should be considered that they do not mention other specific stretching technologies either.

No economic evaluations assessing the cost-effectiveness of this technology have been found in Argentina.

**To cite this document in English:** Virgilio S, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz A, Bardach A, Ciapponi A. *Global postural re-education (rpg®) in spine conditions*. Health Technology Assessment, Rapid Response Report N° 639, Buenos Aires, Argentina. March 2018. ISSN 1668-2793. Available in [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar).

## 1. Contexto clínico

Las lesiones y trastornos de la columna vertebral son entidades muy frecuentes que pueden causar pérdidas de la funcionalidad y síntomas como dolor, parestesias, hipoestesia -entre otros. Se las puede clasificar de diferentes formas, las más habitualmente utilizadas son según su localización (cervical, dorsal, lumbar), el tipo de dolor y el tiempo de evolución (agudo, subagudo o crónico).

*Lumbalgia* se define como dolor y malestar localizado debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin dolor diferido en la pierna; mientras que por *cervicalgia* se entiende a aquel dolor que se extiende desde la línea nual superior hasta la apófisis espinosa de la primera vértebra dorsal y puede presentarse con o sin irradiación hacia la cabeza, el tronco y los miembros superiores.<sup>1,2</sup> Se considera que al menos la mitad de la población mundial presentará alguna de estas dos entidades en algún momento de su vida. En el caso de las lumbalgias se considera que entre el 80-90% de las personas se recuperan en un período de 6 semanas, independientemente del tipo de tratamiento que realicen, sin embargo, entre un 5-15% desarrollará dolor lumbar crónico (definido por la persistencia de dolor durante 3 meses o más).<sup>1</sup> En relación a la cervicalgia, su prevalencia aumenta en los grupos de mayor edad, siendo más común en mujeres de 50 años de edad; donde aproximadamente el 30% de las personas que presentan dolor cervical desarrollarán dolor crónico. Ambas patologías suelen ser responsable de notables costos directos e indirectos para los sistemas de salud y la sociedad.<sup>3</sup> En cuanto al tratamiento recomendado para ambas patologías, la fisioterapia multimodal mostró ser efectiva para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes.<sup>4,5</sup> Se conoce como terapia multimodal a aquella que combina ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento muscular, ejercicios de estiramiento y flexibilidad combinados con equipos de fisioterapia.<sup>5-7</sup> El cuidado habitual en estos pacientes incluye también al tratamiento farmacológico con ciclos cortos de analgésicos no opiáceos o los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), no recomendándose el uso de miorrelajantes, benzodiacepinas ni antiepilépticos para el dolor lumbar crónico.<sup>5,7</sup>

Dentro de los trastornos producidos por desviaciones de la columna vertebral, la más frecuente es las escoliosis, definida como una curvatura lateral de la columna vertebral que suele ir acompañada de rotación. La progresión de la curvatura durante períodos de crecimiento rápido puede resultar en deformidad significativa, que puede ir acompañada de compromiso cardiopulmonar.<sup>8,9</sup> En muchos casos la causa de la escoliosis se desconoce, se le denomina como escoliosis idiopática y se clasifica en función de la edad del paciente (escoliosis idiopática infantil, juvenil o del adolescente). Otros tipos de escoliosis son, la escoliosis congénita que está presente al nacer y ocurre cuando las costillas o vértebras del niño no se forman apropiadamente y la escoliosis neuromuscular, cuya causa es un problema en el sistema nervioso que afecta a los músculos, como parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bífida y polio. La escoliosis idiopática del adolescente es la más común representando entre el 80 y el 85 % de los casos. La mayor parte de los pacientes con escoliosis idiopática, presentan mínimas limitaciones funcionales, si bien en ocasiones pueden presentar lumbalgia.<sup>8</sup> El tratamiento depende de varios factores: la causa de la escoliosis, la localización de la curvatura en la columna, el tamaño de la curvatura o si el paciente se encuentra aún en crecimiento. Los tratamientos recomendados suelen ser el uso de corsés y/o tratamiento kinésico y en aquellos casos de mayor gravedad, se indican intervenciones quirúrgicas.<sup>7</sup>

Por último, la espondilitis anquilosante es una enfermedad reumática crónica que involucra inflamación de las articulaciones entre las vértebras de la columna y las articulaciones entre la columna y la pelvis.<sup>10,11</sup> Estas articulaciones resultan inflamadas y con el tiempo, las vértebras afectadas se fusionan. La enfermedad comienza con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años, pero puede ocurrir

antes de la edad de 10 años y afecta más a los hombres que a las mujeres. La enfermedad frecuentemente inicia con una lumbalgia de carácter intermitente. El dolor y la rigidez son peores en la noche y en la mañana, mientras que los síntomas mejoran particularmente con el ejercicio o actividad. El dolor suele localizarse en distintas regiones caudales de la columna, siendo la articulación sacroilíaca uno de los puntos más frecuentes. Con el tiempo, puede comprometer toda o parte de la columna, lo cual conlleva a la pérdida de movimientos o de movilidad en la columna lumbar, y es posible que el paciente no sea capaz de expandir completamente el tórax, debido al compromiso de las articulaciones intercostales. Otros síntomas son: fatiga, inflamación de los ojos o uveítis, dolor en los talones, rigidez y dolor en la cadera, dolor e inflamación articular en los hombros, rodillas y tobillos, inapetencia, fiebre leve y pérdida de peso. El tratamiento habitualmente incluye el uso de AINES para reducir la inflamación y el dolor y diferentes medicamentos que se prescriben para actuar sobre la inflamación y el sistema inmunitario. La cirugía se lleva a cabo solo si el dolor o daño en las articulaciones es grave. Se considera que un tratamiento kinésico basado en ejercicios de fortalecimiento, estiramiento y flexibilidad puede ayudar a mejorar la postura y la respiración.<sup>11</sup>

La Reeducción Postural Global® (RPG®) parece tener numerosas indicaciones tanto preventivas, como curativas. Entre las primeras destaca la reeducación de la postura y ganancia de elasticidad y entre las segundas, el tratamiento de las deformidades de la columna, la lumbalgia, la cervicalgia, la espondilitis anquilosante o la hernia discal, entre otras. Por los beneficios potenciales descritos se postula el uso de la Reeducción Postural Global para tratamiento de patologías de la columna, desviaciones del eje vertebral (escoliosis, cifosis, lordosis) y dolor lumbar y cervical crónico.

## 2. Tecnología

La Reeducción Postural Global (RPG®) es un método de fisioterapia desarrollado en Francia por Philippe-Emmanuel Souchard, cuyo enfoque se basa en la idea de un sistema muscular formado por cadenas de músculos (en contraposición con las terapias convencionales basadas en el estiramiento estático de músculos individuales).<sup>12, 12,13</sup> En el contexto de la administración de RPG®, estas cadenas musculares son estiradas o elongadas en conjunto durante unos 15 a 20 minutos aproximadamente. Las cadenas se dividen en anteriores y posteriores (maestra posterior, maestra anterior, inspiratoria, superior del hombro, anterointerna del brazo, anterior del brazo, anterointerna de cadera, lateral de cadera).

El objetivo de la RPG® es mejorar la contracción de los músculos antagonistas, evitando así la asimetría postural.<sup>12</sup> Para realizar estos estiramientos utiliza diferentes posturas corporales que son realizadas por el paciente de forma activa, guiado y corregido en todo momento por licenciado en kinesiología formado en la técnica. En cada sesión se suelen realizar como mínimo dos posturas. Las sesiones suelen durar 50 minutos a una hora aproximadamente. Algunas de estas posturas de trabajo se realizan sobre la camilla, tumbado o sentado, y otras se realizan de pie.<sup>12</sup>

## 3. Objetivo

El objetivo del presente informe es evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, seguridad y aspectos relacionados a las políticas de cobertura del uso de la técnica de reeducación postural global en pacientes con patologías de columna vertebral.

## 4. Métodos

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, en buscadores genéricos de internet, y financiadores de salud. Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs), evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS), evaluaciones económicas, guías de práctica clínica (GPC) y políticas de cobertura de diferentes sistemas de salud.

En PubMed se utilizó la estrategia de búsqueda que se detalla en el Anexo I.

En CRD (del inglés *Centre for Reviews and Dissemination- University of York*), en *Tripdatabase*, en los sitios web de financiadores de salud y de sociedades científicas, así como en los buscadores genéricos de internet se buscó con el nombre de la tecnología y sus sinónimos y/o la patología.

La evaluación y selección de los estudios identificados en la búsqueda bibliográfica fue realizada sobre la base de los criterios presentados en la Tabla 1. Se presenta en la Figura 1 del Anexo I el diagrama de flujo de los estudios identificados y seleccionados.

La metodología utilizada en la matriz de valoración y sección de conclusiones se describe también en el Anexo I.

**Tabla 1. Criterios de inclusión. Pregunta PICO**

<b>Población</b>	Pacientes con patología columna vertebral.
<b>Intervención</b>	Reducción postural global.
<b>Comparador</b>	Tratamiento kinésico.
<b>Resultados (en orden decreciente de importancia)</b>	Eficacia: calidad de vida, reducción del dolor, mejoría de la funcionalidad, incremento del rango de movimiento articular.
<b>Diseño</b>	Revisiones sistemáticas y meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, informes de evaluación de tecnologías, evaluaciones económicas, guías de práctica clínica, políticas de cobertura.

## 5. Resultados

Se incluyeron un ECA, una RS, cuatro GPC y cuatro informes de políticas de cobertura de la reeducación postural global en pacientes con patologías de columna vertebral.

No se encontraron ensayos clínicos controlados y aleatorizados que evalúen el efecto de la terapia de RPG® en pacientes con escoliosis, ni pacientes con desviaciones en el plano sagital, ni lesiones de los discos intervertebrales.

### 5.1 Eficacia y seguridad

Lomas-Vega y cols. publicaron en 2017 una RS con meta-análisis donde evaluaron el efecto de la terapia de RPG versus tratamiento kinésico habitual en patologías de columna vertebral.<sup>14</sup> Incluyeron 11 estudios (7 ECAs y 4 estudios controlados no aleatorizados) de los cuales cuatro estudios se realizaron

en pacientes con cervicalgia, cuatro en pacientes con lumbalgia y tres en pacientes con espondilitis anquilosante. La mayoría de los estudios presentó seguimiento menor a 3 meses, mientras que sólo tres de ellos lo hicieron a 12 meses. El análisis global muestra que los pacientes que recibieron RPG presentaron mejoría leve en la reducción del dolor medida a través de la escala visual análoga (10 estudios; diferencia de medias -DM: -0,63 mm; IC 95%: -0,43 a -0,83 mm;  $I^2=54\%$ ) y de la función medida a través de cuestionarios autoadministrados (6 estudios; DM: -0,48 puntos; IC 95%: -0,25 a -0,72 puntos;  $I^2=0\%$ ). El análisis por patología muestra que en los pacientes con espondilitis anquilosante se logró la mayor reducción del dolor (DM: -0,82 mm; IC 95%: -1,23 a -0,41 mm;  $I^2=71,8\%$ ), seguido por lumbalgia (DM: -0,65 mm; IC 95%: -0,95 a -0,35 mm;  $I^2=0\%$ ); siendo menores los beneficios en los pacientes con cervicalgia (DM: -0,47 mm; IC 95%: -0,8 a -0,13;  $I^2=72,2\%$ ).

Pillastrini y cols. publicaron en 2016 un ECA con el objetivo de comparar la efectividad del tratamiento con RPG versus la terapia kinésica manual en pacientes con cervicalgia inespecífica crónica.<sup>15</sup> Se incluyeron 94 pacientes con una media de edad de  $47,5 \pm 11,3$  años. La terapia de RPG consistió en 9 sesiones de una hora de duración y se llevaron a cabo una o dos veces por semana acorde a las necesidades del paciente. Ambos grupos recibieron consejos ergonómicos y ejercicios de movilidad para realizar en el hogar. Las principales desenlaces fueron dolor y funcionalidad, las cuales se midieron inmediatamente posterior a la finalización de ambos tratamientos y a los 6 meses de seguimiento. La variable dolor se midió mediante la escala visual análoga, la cual va de 0 a 10, donde 0 representa nada de dolor y 10 el máximo dolor soportado por la persona, mientras que la funcionalidad se midió con la escala de discapacidad NDI (su sigla del inglés *Neck Disability Index*) la cual representa a mayor puntaje mayor discapacidad. Los resultados obtenidos luego del tratamiento muestran mayor reducción del dolor en relación al valor de base a favor del grupo de terapia con RPG® (DM: -12,2 mm; IC 95%: -20,6 a -3,9;  $p<0,05$ ). A los 6 meses no se observaron diferencias entre ambos grupos en la reducción del dolor con respecto al valor basal. En relación al desenlace “función”, sólo se observaron diferencias significativas entre ambos grupos a favor del grupo de RPG® a los 6 meses de seguimiento (DM: -2,7 puntos; IC 95%: -4,9 a -0,6), sin embargo dichos valores no alcanzaron la mínima diferencia clínica esperada (definida en un cambio del NDI establecida en 6,9 puntos).<sup>16</sup>

## **5.2 Evaluaciones de tecnologías sanitarias**

No se identificaron informes de ETS que evaluaran esta tecnología en cualquier indicación.

## **5.3 Costos de la tecnología**

El valor de una sesión particular de RPG® oscila entre ARS 500 y ARS 1.500 (pesos argentinos marzo/2018), equivalentes a aproximadamente USD 20 y 75 (dólares estadounidenses marzo/2018). El valor de una sesión de kinesiología multimodal abonada de forma particular es de aproximadamente ARS 300 (pesos argentinos marzo/2018), equivalentes a USD 15 (dólares estadounidenses marzo/2018).

## **5.4 Guías de práctica clínica y políticas de cobertura**

A continuación, se detalla el contenido de las políticas de cobertura, guías de práctica clínica y recomendaciones de sociedades científicas de diferentes países de Latinoamérica y el mundo. Para favorecer la comparación, se muestran sintéticamente en la Tabla 2.

Las GPC relevadas sobre lumbalgia, cervicalgia, escoliosis y espondilitis anquilosante recomiendan la implementación de un tratamiento kinésico multimodal basado en ejercicios de fortalecimiento y estiramientos, sin mencionar ninguna técnica en particular.<sup>5-8,11</sup>

Ninguno de los financiadores públicos y privados que han sido consultados mencionan esta tecnología, aunque debe considerarse que tampoco mencionan otras técnicas de estiramiento específicas.<sup>17-30</sup>

En el Anexo II se muestra un ejemplo de política de cobertura basado en la información relevada en este documento que podría servir de insumo en caso de que su institución decidiera brindar cobertura a esta tecnología.

Tabla 2: Resumen de las políticas de cobertura y recomendaciones relevadas

	Financiator o Institución	País	Año	RPG en patologías de columna vertebral
Políticas de Cobertura	ARGENTINA			
	Superintendencia de Servicios de Salud (PMO/SUR) (#) <sup>25,26</sup>	Argentina	2004/2017	NM*
	OTROS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA			
	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologías no SUS <sup>30</sup>	Brasil	2017	NM
	Agência Nacional de Saúde Suplementar <sup>31</sup>	Brasil	2017	NM
	Garantías Explícitas en Salud (#) <sup>28</sup>	Chile	2017	NM*
	POS (#) <sup>29</sup>	Colombia	2017	NM*
	Fondo Nacional de Recursos (#) <sup>27</sup>	Uruguay	2017	NM*
	OTROS PAÍSES			
	Department of Health <sup>23</sup>	Australia	2017	NM
	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) <sup>20</sup>	Canadá	2017	NM
	Haute Autorité de Santé (HAS) <sup>19</sup>	Francia	2017	NM
	Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) <sup>22</sup>	EE.UU.	2017	NM
	Aetna <sup>17</sup>	EE.UU.	2017	NM
	Anthem <sup>24</sup>	EE.UU.	2017	NM
Cigna <sup>21</sup>	EE.UU.	2017	NM	
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) <sup>18</sup>	Reino Unido	2017	NM	
Guías de Práctica Clínica	Asociación Americana de terapia física. GPC Cervicalgia <sup>5</sup>	EE.UU.	2017	NM
	Colegio Americano de Médicos. GPC Lumbalgia <sup>6</sup>	EE.UU.	2017	NM
	Sociedad Científica Internacional sobre el manejo de escoliosis <sup>8</sup>	Internacional	2016	NM
	Colegio Americano de Reumatología/Asociación Americana de Espondilitis Anquilosante <sup>11</sup>	EE.UU.	2015	NM

Fuente: Elaboración propia en base a las políticas de cobertura y recomendaciones relevadas. En aquellas celdas donde dice NM es porque la política relevada no hacía mención a la tecnología evaluada o no especifica la indicación para su utilización. En el caso de los listados positivos (#), se coloca "NM\*" en color rojo.

**Financiamiento:** esta evaluación fue realizada gracias a los aportes de entidades públicas, organizaciones no gubernamentales y empresas de medicina prepaga para el desarrollo de documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

**Conflicto de interés:** los autores han indicado que no tienen conflicto de interés en relación a los contenidos de este documento.

**Informe de Respuesta Rápida:** este modelo de informe constituye una respuesta rápida a una solicitud de información. La búsqueda de información se focaliza principalmente en fuentes secundarias (evaluaciones de tecnologías sanitarias, revisiones sistemáticas y meta-análisis, guías de práctica clínica, políticas de cobertura) y los principales estudios originales. No implica necesariamente una revisión exhaustiva del tema, ni una búsqueda sistemática de estudios primarios, ni la elaboración propia de datos. Esta evaluación fue realizada en base a la mejor evidencia disponible al momento de su elaboración. No reemplaza la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en tomar las decisiones apropiadas a las circunstancias del paciente individual, en consulta con el mismo paciente o sus familiares y responsables de su cuidado. Este documento fue realizado a pedido de las instituciones sanitarias de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS.

**Proceso de Consulta Pública.** Con el objeto de que todos los actores relevantes puedan tener la posibilidad de contribuir, hay diferentes instancias de consulta pública: 1) Primera instancia: equipo IECS publica el inicio de cada documento en la web para que cualquiera envíe información; 2) Segunda instancia: los documentos se publican en forma preliminar abierta durante 60 días para que cualquier persona u organización pueda realizar comentarios o aportar información. Además, el equipo IECS identifica para cada tecnología una serie de organizaciones con mayor relación con la tecnología o problema de salud evaluado, a las que invita a participar activamente. Entre estas se encuentran sociedades científicas, sociedades de pacientes y la industria productora de la tecnología. Los aportes son evaluados y tenidos en cuenta para la elaboración de cada documento. De todos modos, el documento de ETS final es de exclusiva responsabilidad de los autores y del equipo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, quien incorporará eventuales modificaciones luego del proceso de consulta pública en el caso de considerarlo adecuado. La versión final del documento no implica que los actores invitados hayan realizado aportes o estén de acuerdo con el mismo.

## Informe de Respuesta Rápida

### **Reeducación postural global en patologías de columna**

Actualización del documento N° 288

Fecha de realización: Marzo del 2018

ISSN 1668-2793

Si Ud. desea contactarnos por sugerencias, correcciones y/o modificaciones, puede comunicarse al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria a través de los siguientes medios: Tel./Fax: (+54-11) 4777-8767. Mail: [info@iecs.org.ar](mailto:info@iecs.org.ar) Formulario de contacto web: <http://www.iecs.org.ar/contacto/>

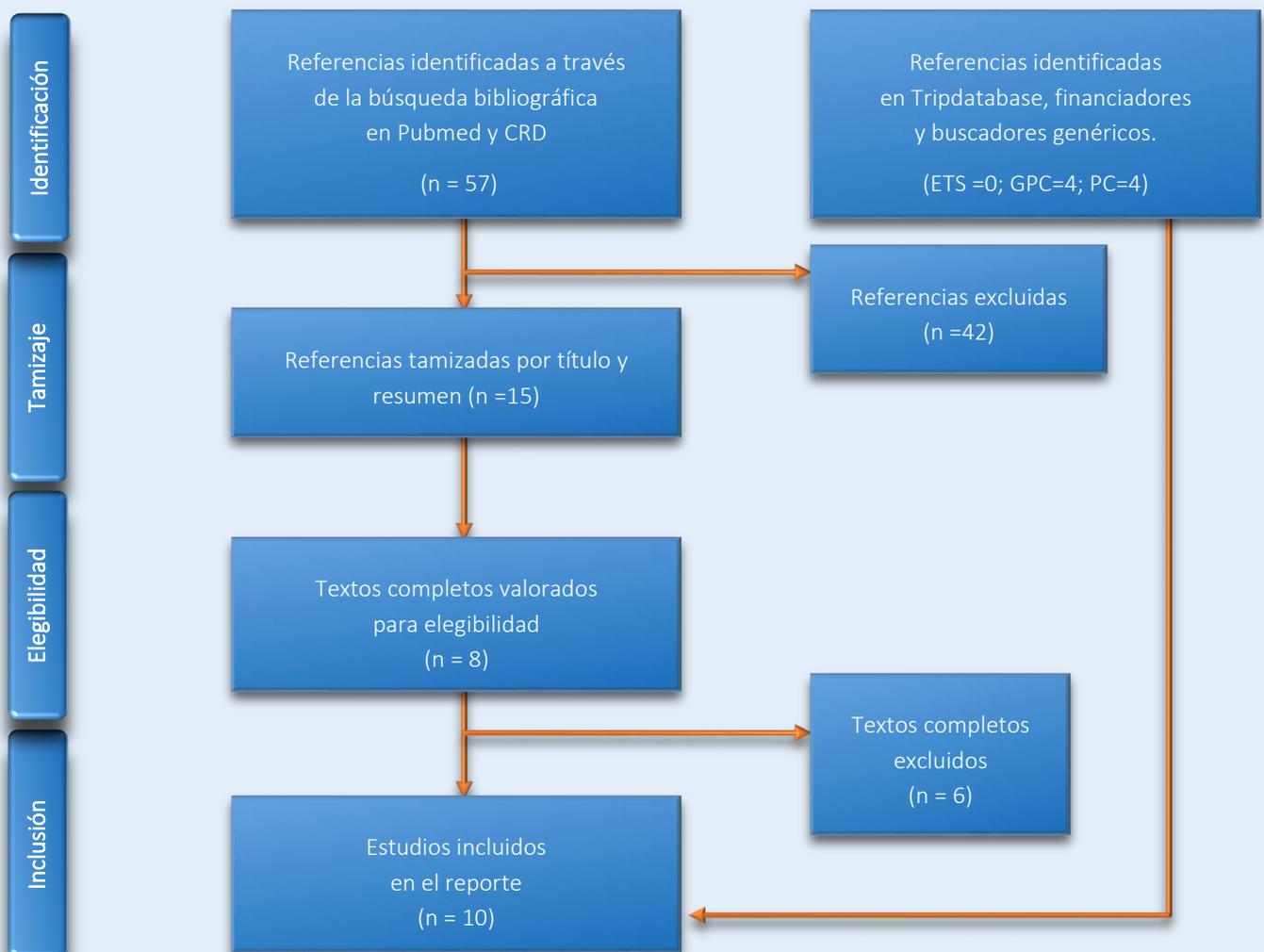
**IECS** – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Derechos reservados. Este documento puede ser utilizado libremente sólo con fines académicos. Su reproducción por o para organizaciones comerciales solo puede realizarse con la autorización expresa y por escrito del Instituto.

## Anexo I. METODOLOGÍA

La fecha de búsqueda de información fue hasta el 20 de Marzo del 2018. Para la búsqueda en Pubmed se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

(Postural Reeducat\*[tiab] OR Postural Re-Educat\*[tiab] OR "Global Postural"[tiab])

**Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios identificados y seleccionados**



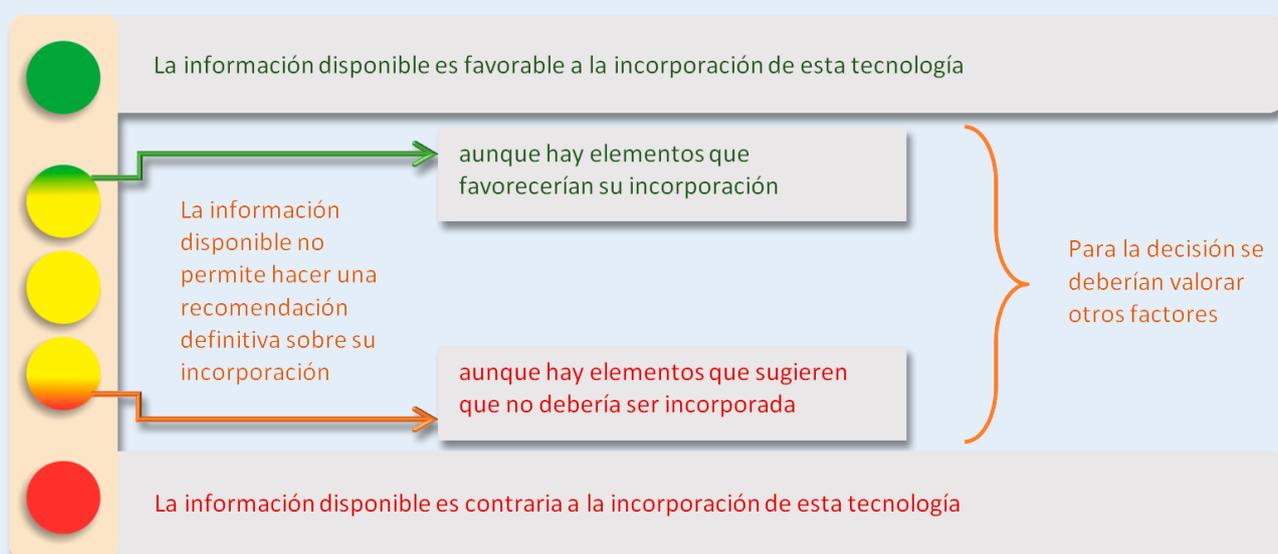
ETS, Evaluaciones de tecnologías sanitarias. GPC, Guías de práctica clínica. PC, políticas de cobertura.

Las conclusiones de este documento se acompañan de una matriz que categoriza los resultados finales en tres dominios:

1. **Calidad de la evidencia**, basada en la clasificación de GRADE (su sigla del inglés, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)
2. **Beneficio neto** (resultante del beneficio y los efectos adversos), basado en el sistema de clasificación de IQWiG (del alemán, *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*)
3. **Costo-efectividad e impacto presupuestario**, basado en una clasificación desarrollada por IECS.

Las definiciones utilizadas en cada dominio pueden visualizarse en la Tabla 2.

La ponderación de los tres dominios en una única escala de colores fue realizada a través de una metodología de consenso; y se representa en la siguiente escala:



Otros factores a valorar para la toma de decisión: se hace referencia a otros tópicos no considerados en la matriz que pueden influenciar el proceso de decisión para la incorporación de la nueva tecnología. Estos valores son diferentes entre distintas instituciones. Algunos de los factores que suelen ser identificados como prioritarios para la incorporación de nuevas tecnologías son los siguientes:

- Carga de enfermedad elevada atribuible a la patología para la que se aplica la tecnología
- Equidad
- Intervenciones preventivas
- Requerimientos organizacionales y capacidad para alcanzar a toda la población objetivo
- Aspectos socio culturales
- Tecnologías que aplican a enfermedades huérfanas o poco prevalentes
- Población destinataria pediátrica o mujeres embarazadas

**Tabla 3. Matriz de Valoración de Resultados. Dimensiones cardinales incorporadas (A, B, C), y definición de cada estrato**

A) Calidad de la evidencia	
Alta	Es muy improbable que futuras investigaciones cambien la estimación del efecto.
Moderada	Es probable que futuras investigaciones puedan cambiar la estimación del efecto.
Baja	Es muy probable que futuras investigaciones cambien la estimación del efecto.
Muy baja - Nula	Cualquier estimación del efecto es incierta.

La clasificación de la calidad de la evidencia está basada en GRADE (*Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. BMJ: British Medical Journal. 2008;336(7650):924-926*). La valoración de la calidad de la evidencia se realiza para la estimación central del beneficio neto. Diversos factores son tenidos en cuenta para valorar esta dimensión. En ocasiones, si existe un nivel de incertidumbre importante sobre esta estimación (como intervalo de confianza amplio) o dudas sobre la significancia clínica del beneficio neto, esto podría afectar la estimación de la calidad de la evidencia. A modo de ejemplo, si la estimación central, basada en estudios de alta calidad, muestra un beneficio neto clasificado como “Mayor” pero el IC 95% incluye una estimación del beneficio dentro del rango de “Considerable”, esto podría hacer bajar la Calidad de evidencia de “Alta” a “Moderada”.

B) Beneficio neto	
Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sobrevida (RR <math>\leq 0,85</math>) ó</li> <li>▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida (RR <math>\leq 0,75</math>)</li> </ul>
Considerable	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sobrevida (RR <math>&gt; 0,85</math> y <math>\leq 0,95</math>)</li> <li>▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida (RR <math>&gt; 0,75</math> y <math>\leq 0,90</math>)</li> <li>▪ Síntomas no serios (o no severos o complicaciones tardías) y eventos adversos no serios (RR <math>\leq 0,80</math>)</li> </ul>
Menor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sobrevida (RR <math>&gt; 0,95</math> y <math>&lt; 1</math>)</li> <li>▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida (RR <math>&gt; 0,90</math> y <math>&lt; 1</math>)</li> <li>▪ Síntomas no serios (o no severos o complicaciones tardías) y eventos adversos no serios (RR <math>&gt; 0,80</math> y <math>\leq 0,90</math>)</li> <li>▪ Otros beneficios relevantes para el paciente o el sistema de salud (ejemplos: facilidad de aplicación, comodidad del tratamiento, duración del tratamiento, menor impacto organizacional, menores días de internación)</li> </ul>
Marginal - Nulo - Incierto - Negativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los beneficios son insignificantes ó no hay beneficio ó el mismo es incierto ó hay perjuicio.</li> </ul>

El beneficio neto es la resultante de los beneficios menos los daños atribuibles a la intervención.

La clasificación fue realizada por IECS en base la metodología propuesta por el Institute for Quality and Efficiency in Health Care (*IQWiG Methods Resources. IQWiG General Methods. Cologne, Germany. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0082853/>*). Estas estimaciones del beneficio son orientativas y son interpretadas en el contexto de otros factores como el beneficio neto medido en términos absolutos, relevancia clínica de los mismos o historia natural de la condición. Por ejemplo, un RR o HR para mortalidad  $< 0,85$

pero que implica una diferencia en sobrevivencia menor a tres meses podría ser interpretado como un beneficio neto “Considerable” o “Menor” en lugar de “Mayor”.

(continuación). Tabla 3. Matriz de Valoración de Resultados. Dimensiones cardinales incorporadas, y definición de cada estrato

### C) Costo-efectividad e impacto presupuestario

Favorable	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que es costo-ahorrativo en Argentina ó</li> <li>▪ Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que es costo-efectivo* en Argentina y no representa un alto impacto presupuestario<sup>§</sup> ó</li> <li>▪ Cumple simultáneamente las siguientes cuatro condiciones: 1) el costo incremental respecto a su comparador no es elevado<sup>¥</sup>, 2) la población afectada es pequeña<sup>£</sup>, 3) la relación entre el tamaño del beneficio neto y el costo sugiere que podría ser costo-efectivo, y 4) no representa un alto impacto presupuestario<sup>§</sup>.</li> </ul>
Incierto	No cumple criterios para Favorable o para No favorable (esto incluye intervenciones costo-efectivas con impacto presupuestario elevado).
No favorable	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que no es costo-efectivo en Argentina ó</li> <li>▪ Si bien no existe evidencia de adecuada calidad sobre su costo-efectividad en Argentina, hay suficientes elementos para pensar que NO sería costo-efectivo (por ejemplo el costo es alto en relación a su comparador y la relación entre el costo de la intervención y el tamaño del beneficio neto es claramente desfavorable –por ejemplo mayor a 3 PIB por año de vida o AVAC (año de vida ajustado por calidad); hay evidencia de que no es costo-efectivo en otros países; o fue explícitamente excluido de la cobertura de otros sistemas de salud por su impacto presupuestario y/o falta de costo-efectividad)</li> </ul>

\***Costo-efectivo:** se considera que una tecnología es costo-efectiva para Argentina si existen estudios realizados para el país considerados de buena calidad que estimen valores igual o menor a 1 producto bruto interno (PBI) per cápita por año ganado o AVAC.

<sup>§</sup>**Alto impacto presupuestario:** el impacto presupuestario anual esperado de incorporar la nueva tecnología es superior a 15 gastos anuales en salud per cápita cada 100.000 personas (representa un aumento en el gasto en salud superior al 0,015%).

<sup>¥</sup>**Elevado costo incremental respecto a su comparador:** superior a un gasto anual per cápita en salud en Argentina, o superior a un 25% del monto anual que se considera como catastrófico para un hogar (según definición OMS, que considera gasto catastrófico a un gasto mayor al 40% de los gastos no básicos de un hogar).

<sup>£</sup>**Población afectada pequeña:** hasta 15 casos cada 100.000 habitantes.

Este documento fue realizado en base a la plantilla versión 03/2018. Para más información ver: [www.iecs.org.ar/metodosETS](http://www.iecs.org.ar/metodosETS)

## ANEXO II. EJEMPLO DE POLÍTICA DE COBERTURA: REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE COLUMNA

*Si su institución quisiera brindar cobertura a esta tecnología, este ejemplo que surge luego de analizar las principales políticas de cobertura identificadas en la confección de este documento, podría servir como insumo para la definición de la misma.*



### SEXO, GRUPO ETARIO, PATOLOGÍA, SUBTIPO/ESTADIO

Pacientes mayores a 12 años, con capacidad de comprensión y que presenten cualquiera de los siguientes diagnósticos:

- escoliosis leve o moderada, o
- lumbalgia crónica, o
- cervicalgia crónica, o
- espondilitis anquilosante.



### DOSIS, TIEMPO, CRITERIOS DE MANTENIMIENTO Y DE SUSPENSIÓN

Se realizarán hasta 10 sesiones de 60 minutos cada una con una frecuencia de 1 encuentro por semana.



### REQUISITOS PARA EVALUAR LA COBERTURA

Para obtener la cobertura se deberá presentar: resumen de historia clínica donde conste diagnóstico de cervicalgia/lumbalgia crónica o espondilitis anquilosante firmado por médico tratante; estudios de imágenes que apoyen el diagnóstico. El tratamiento estará a cargo de un licenciado en kinesiología especializado en la terapia de reeducación postural global.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G: COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain.
2. Misailidou V, Malliou P, Beneka A, Karagiannidis A, Godolias G. Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools. *Journal of Chiropractic Medicine*. 10/28/received 12/21/revised 03/07/accepted 2010;9(2):49-59.
3. Dagenais S, Caro J, Haldeman S: A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J* 2008, 8(1):8-20.
4. Henchoz Y, Kai-Lik So A: Exercise and nonspecific low back pain: a literature review. *Joint Bone Spine* 2008, 75(5):533-9.
5. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, et al. Neck Pain: Revision 2017. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. Jul 2017;47(7):A1-a83.
6. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. Apr 4 2017;166(7):514-530.
7. Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. *Joint, bone, spine : revue du rhumatisme*. Mar 2012;79(2):176-185.
8. Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and spinal disorders*. 2018;13:3.
9. Kane WJ. Scoliosis prevalence: a call for a statement of terms. *Clin Orthop Relat Res* 1977; :43.
10. Sidiropoulos PI, Hatemi G, Song IH, et al. Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: systematic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. *Rheumatology (Oxford)*. 2008. 47(3):355-61.
11. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*. Feb 2016;68(2):282-298.
12. Souchart P-E, Meli O, Sgamma D, Pillastrini P: Rieducazione posturale globale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Medicina Riabilitativa, 26-061-A-15; 2009.
13. Teodori RM, Negri JR, Cruz MC, Marques AP. Global Postural Re-education: a literature review. *Revista brasileira de fisioterapia (Sao Carlos (Sao Paulo, Brazil))*. May-Jun 2011;15(3):185-189.
14. Lomas-Vega R, Garrido-Jaut MV, Rus A, Del-Pino-Casado R. Effectiveness of Global Postural Re-education for Treatment of Spinal Disorders: A Meta-analysis. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. Feb 2017;96(2):124-130.
15. Pillastrini P, de Lima ESRF, Banchelli F, et al. Effectiveness of Global Postural Re-education in Patients With Chronic Nonspecific Neck Pain: Randomized Controlled Trial. *Physical therapy*. Sep 2016;96(9):1408-1416.
16. Cleland JA, Childs JD, Whitman JM. Psychometric Properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in Patients With Mechanical Neck Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.89(1):69-74.
17. Aetna. [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300\\_399/0325.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/300_399/0325.html). Accessed March 2018.
18. National Institute for Health & Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/physiotherapy-low-back-pain-drop-in-services>. Accessed March 2018.
19. (HAS) MAeS. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_39085/en/recherche?portlet=c\\_39085&text=Global+Postural+Reeducation&opSearch=&lang=en&portal=c\\_2566858](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/en/recherche?portlet=c_39085&text=Global+Postural+Reeducation&opSearch=&lang=en&portal=c_2566858). Accessed March 2018.

20. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RB1119%20Exercise%20for%20Back%20Pain%20Final.pdf>. Accessed March 2018.
21. Cigna. <https://www.cigna.com/search?query=Global%2BPostural%2BRe-education>. Accessed March 2018.
22. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). <https://search.cms.gov/search?utf8=%C3%A2%C5%93%E2%80%9C&affiliate=cms-new&dc=&query=global+postural+re-education&commit=Search>. Accessed March 2018.
23. Department of Health (Australia). <http://search.health.gov.au/s/search.html?query=global+postural+re-education&collection=health&profile=health&Submit=>. Accessed March 2018.
24. Anthem. <https://www.anthem.com/search/?q=global%2520postural%2520re-education>. Accessed March 2018.
25. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Plan Médico Obligatorio (PMO). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=94218>. Accessed March 2018.
26. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Sistema Único de Reintegro (SUR). <https://www.sssalud.gob.ar/normativas/consulta/001838.pdf>. Accessed March 2018.
27. Fondo Nacional de Recursos (FNR). <http://www.fnr.gub.uy/>. Accessed March 2018.
28. Garantías Explícitas de Salud (AUGE). <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-3130.html>. Accessed March 2018.
29. Plan Obligatorio de Salud (POS). <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>. Accessed March 2018.
30. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). <http://conitec.gov.br/>. Accessed March 2018.
31. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/>. Accessed March 2018.