Editorial

El riesgo, los ciclos económicos y la sanidad ¿Hay oportunidades?

24/06/2011

Elvira Muslera Canclini

Unidad de Análisis y Programas. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

Mary Douglas[1], en 1996, escribe un estudio muy novedoso desde la perspectiva de las ciencias sociales del concepto de la aceptabilidad social del riesgo. Comienza refiriéndose a las dos definiciones del riesgo que, por ejemplo, para el caso de los productos químicos, utiliza la Organización de Naciones Unidas y que resultan algo divergentes. Una de ellas explica que "el riesgo es un concepto estadístico que indica la frecuencia esperada de efectos indeseados que nacen de la exposición a un contaminante" (riesgo de contraer cáncer de pulmón por exposición al gas radón). La otra hace hincapié en como estimar el riesgo y lo expresa como **el producto entre la probabilidad de suceso del evento y la gravedad del daño** (R= P x D). La incorporación de la gravedad del daño implícitamente matiza el riesgo abriendo la puerta a los beneficios, que quedan contemplados al aceptar la probabilidad de riesgo. Por ejemplo, en el plano individual permanentemente se toman decisiones que atañen al binomio "riesgo- beneficio" comprar comida precocinada puede incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular y por tanto perjudicar nuestra salud, sin embargo, valoramos más la utilidad que nos proporciona un mayor tiempo libre. Pero por el contrario, en el plano social pareciera que nos conformamos con la primera definición, ya que al concentrarse sólo en las frecuencias esperadas de malos resultados compromete menos a quienes toman decisiones políticas, no requiriendo el cálculo de los beneficios esperados. Véase el caso de las centrales nucleares ¿conocemos su binomio riesgo- beneficio?.

Debido a lo extendida que está la idea de que el riesgo es solo una medida de la probabilidad de perjuicios, en ocasiones, se confunde el binomio riesgo- beneficio con el análisis coste- beneficio, que como su nombre indica proporciona una medida objetiva del beneficio que produce cada unidad monetaria invertida en el proyecto para la población beneficiada.

Dejando por un momento el concepto del riesgo, para retomarlo al final, me referiré a continuación a otro concepto, de gran interés de los teóricos de la economía, y que afecta de forma implacable a las personas y a las sociedades, los ciclos económicos.

Un gran número de economistas a lo largo de la historia han dedicado sus investigaciones al estudio de las fluctuaciones que se producían en la economía de sus países. En los manuales de economía se puede encontrar la definición clásica expresada por Burns y Mitchell (1946) "Los ciclos económicos son una forma de fluctuación que se encuentra en la actividad agregada de las naciones que organizan su trabajo principalmente en empresas: un ciclo consiste en expansiones que ocurren al mismo tiempo en múltiples actividades económicas, seguidas de recesiones de igual modo generales, contracciones y recuperaciones que se funden con la fase expansiva del ciclo siguiente." Como puede observarse es una definición de carácter descriptivo.

Quien realiza un gran trabajo recopilando la labor de sus predecesores, fue Schumpeter, que clasifica los ciclos según su duración en tres tipos largo, medio y corto plazo, a los que dio los nombres de los economistas que más se habían distinguido en su estudio: Kondratieff para los ciclos de 40-50 años, Juglar para los ciclos de 5-10 años y Kitchin para los de duración inferior. La dificultad para predecir lo que sucederá en el futuro más próximo se deriva de la superposición en el tiempo de estos ciclos; es decir dentro de un ciclo de largo plazo puede haber varios ciclos cortos.

Pero el aporte más significativo de Schumpeter fue **la explicación de las causas externas de los ciclos largos provocadas por la innovación tecnológica.** Hay momentos en los que la conjunción de algunos descubrimientos científicos clave permite la aparición de un grupo de nuevas tecnologías, lo que estimula fuertemente la inversión, la demanda y el empleo. Mientras los nuevos productos se hacen accesibles a un número cada vez mayor de personas el ciclo continuará en su fase expansiva. Cuando los mercados estén saturados se detendrá la inversión, cerrarán empresas y se producirá la recesión a la espera de una nueva ola tecnológica. Los ferrocarriles a mediados del siglo XIX, los automóviles a principios del siglo pasado y los aviones tras la Segunda Guerra Mundial, son ejemplos de ello. Actualmente hay autores que sostienen que nos encontramos en un nuevo ciclo de largo plazo iniciado por las innovaciones informáticas.

En 2004, Kydland y Prescott recibieron el Nobel de Economía por su contribución a la dinámica de los ciclos y a la mejora del papel de la política económica para cambiar el curso natural de las recesiones. Sus estudios, (Teoría de los Ciclos Económicos Reales, 1977[2]) establecen que ante un "choque favorable" sobre la tecnología, el producto aumentaría (debido a que aumenta la productividad de los factores trabajo y capital), la demanda de trabajo se expandiría, y el salario real se elevaría. Si los agentes estiman que el aumento de tecnología es transitorio se encontrarían con elevados salarios en comparación a los futuros, así se incrementa la oferta laboral y aumenta la economía. Pero si el aumento es permanente los empresarios inician procesos de expansión de capital, ocasionando un efecto positivo sobre el producto y el empleo tanto presente como futuro. De esta manera, la excesiva acumulación del capital lleva a la economía al auge y posteriormente a la recesión. Pero estos autores agregan dos ideas muy importantes, la primera es que **el diseño de las políticas macroeconómicas importa para el desempeño económico.** Y la segunda que **el ciclo económico puede ser conducido por "choques" (impulsos) a la producción real** (más específicamente, impulsos a la Productividad Total de los Factores)[3]. Dichos choques a la productividad deben entenderse no sólo como cambios tecnológicos sino como cambios en la regulación, en el ambiente económico o en general cualquier aspecto que afecte el proceso productivo, exceptuando los insumos de producción.

Llegados a este punto de la lectura, cabe preguntarse porqué relacionar el riesgo con los ciclos económicos y más aún porqué dedicarle un espacio en el ámbito sanitario.

En primer lugar, porque las épocas de recesión producen gran inseguridad debido a la incertidumbre (¿habremos tocado fondo?), modifican conductas, cambian las expectativas, nos enfrentan a situaciones de riesgo nuevas, o diferentes a las anteriores, y "nos obliga" a reconducir y por tanto a aceptar unos riesgos diferentes.

Pero además porque las recesiones traen desempleo y empobrecimiento de las familias con una distribución no equitativa. Y estas dos situaciones, como sabemos por los estudios de crisis anteriores, producen graves consecuencias sobre la salud de la población. A modo de ejemplo citaré tres, **la pérdida de renta de las familias**, especialmente el empobrecimiento repentino a partir de un cierto umbral, produce cambios en las pautas alimenticias, que, teniendo en cuenta la estructura de precios de los países desarrollados, paradójicamente puede llevar a la obesidad, además de a la mala nutrición. Las criaturas, las embarazadas, las personas mayores y aquellas con enfermedades crónicas, como la diabetes, pueden resultar más perjudicadas. **El paro**, son numerosos los estudios que señalan una correlación significativa entre paro y efectos adversos para la salud que se atribuyen a diversos factores, por ejemplo pobreza relativa, aislamiento social, pérdida de la autoestima y comportamientos poco saludables[4]. Y tres, **la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad** de servicios médicos, odontológicos, de salud mental y medicamentos[5].

Sin lugar a duda, quienes estén leyendo este artículo podrán reconocer un número mucho mayor de situaciones de empeoramiento de la salud a causa de la recesión y por tanto de necesidades. El sistema sanitario no es ajeno a la crisis,

pero en el lenguaje de los Premios Nobel, el ciclo económico puede ser reconducido mediante impulsos en la producción real, en nuestro caso en la producción de servicios sanitarios y producción de salud. **Las acciones que promuevan mejoras en la productividad**, ya sean debidas a **innovación tecnológica o mejoras ambientales o en la organización contribuirán al cambio de fase del ciclo.** Re- priorizar necesidades en el nuevo escenario es un reto, es evaluar el riesgo- beneficio, qué, cómo y dónde aplicar los recursos que tenemos para que la productividad del sistema sanitario aumente y por tanto la producción de salud. Las necesidades sociales también son oportunidades para contribuir a un cambio en la fase del ciclo.

Bibliografía

1. *Mary Douglas La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona, Paidós Studio 1996*
2. *Kydland F and Prescott E Rules Rather than Discretion: The inconsistency of Optimal Plans. Journal of Political Economy 1977, Vol 85 (3): 473-492.*
3. *Kydland F, Prescott E. Time to Build and Aggregate Fluctuation. Econometrica 1982, 50 (6): 1345-1370.*
4. *Dávila Quintana C, González López- Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gaceta sanitaria 2009, 23(4): 261-265.*
5. *Levy B, Sidel V. Crisis económica y salud pública. Medicina Social 2009, 4(2): 92-98.*

Palabras clave: Ciclos económicos, Politica sanitaria, Riesgo

Reseñas de Investigación

El Biobanco del HUCA: nueva herramienta para la optimización diagnóstica y la investigación

24/06/2011

Aurora Astudillo González, Pablo Isidro Marrón, Carmen González del Rey, María Daniela Corte Torres, Aitana Vallina Suárez, María José García Argüello, Lucía Fernández Juárez e Iriana Zambrano

Biobanco del Hospital Universitario Central de Asturias

Proyecto FIS/ FICYT: Nº del Proyecto Biobancos RD09/0076/00004

Resumen

La definición que la LIB14/2007 da de un Biobanco es: "establecimiento público o privado, sin ánimo de lucro, que acoge una colección de muestras biológicas concebida con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizada como una unidad técnica con criterios de calidad, orden y destino". Y lo más importante de todo es que el objetivo último de su existencia es lograr mejorar la calidad de vida y expectativas de los ciudadanos, a través de nuevos análisis biomédicos de utilidad provenientes de la investigación. ¿Qué mejor inversión?

Introducción

A comienzos del 2001, con el impulso y el apoyo económico del Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), iniciamos la andadura del Banco de Tumores en el HUCA. Entonces, no sospechábamos que iba a ser el núcleo fundador de la excelente herramienta para la investigación que actualmente es el Biobanco.

La definición que la LIB14/2007 da de un Biobanco es: "establecimiento público o privado, sin ánimo de lucro, que acoge una colección de muestras biológicas concebida con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizada como una unidad técnica con criterios de calidad, orden y destino" Esta definición deja claro que un biobanco no es un simple almacén de muestras biológicas, sino mucho más. Y lo más importante de todo es que el objetivo último de su existencia es lograr mejorar la calidad de vida y expectativas de los ciudadanos, a través de nuevos análisis biomédicos de utilidad provenientes de la investigación. ¿Qué mejor inversión?

¿Cómo se estructura un Biobanco?

De nuevo la LIB14/2007, en el Título 5 Capítulo IV establece que todo Biobanco debe "respirar" interés científico, a través de su organización, objetivos y medios disponibles. Debe tener un Director Científico, un responsable de fichero, y estar adscrito a Comités Ético y Científico externos. Es decir, debe tener personal adscrito, el suficiente para realizar su trabajo. Debe haber un Plan de Acogida para el personal nuevo que se incorpore. También debe disponer de un espacio de laboratorio, una adecuada base de datos, un biodepósito con los máximos mecanismos de seguridad para las muestras y para sus usuarios.

El método de trabajo debe figurar en un Manual de Procedimientos, y en Instrucciones Técnicas escritas con detalle sobre cómo se debe realizar la obtención, procesamiento, custodia y cesión de muestras para investigación y ampliación diagnóstica.

Actualmente, el Biobanco del HUCA es uno de los 63 Biobancos españoles que se estructuran como Red Nacional de Biobancos del ISCIII. Nuestro Biobanco forma parte activa en los distintos grupos de trabajo de la Comisión Nacional y también está representado en la Comisión Ejecutiva.

¿Qué hace el Director Científico?

El Director Científico del biobanco tiene obligaciones: debe conocer al detalle los condicionantes legales de la actividad, ya que debe velar por su cumplimiento; debe mantener un registro de actividades, garantizar la calidad, seguridad y trazabilidad de los datos y muestras biológicas almacenadas; debe elaborar un documento de buenas prácticas, una memoria descriptiva y un informe anual. También debe atender a consultas y reclamaciones.

¿Qué tipos de muestras se recogen en un Biobanco?

Se recogen una amplia gama de muestras biológicas. Para ciertos tipos de muestra, se necesitan procesamientos con una infraestructura de laboratorio diferente: eso es lo que justifica que dentro del Biobanco haya divisiones:

- Banco de Tumores y tejidos,
- Banco de Cerebros y tejidos neurológicos
- Banco de ADN, plasma y células.

¿Qué se hace con las muestras?

Aunque el trabajo del biobanco se realice con las muestras biológicas que son su "capital", son muestras cedidas por una persona que ha firmado un consentimiento, y es esa persona el principal pilar: la salud, el interés y el bienestar del ser humano que participe en una investigación biomédica prevalecerán por encima del interés de la sociedad o de la ciencia. Para ello debe tenerse siempre en mente los derechos de ese paciente: siempre se debe dar prioridad al uso diagnóstico de la muestra sobre el propósito investigador, incluyendo también como prioritarias las potenciales informaciones pronósticas y predictivas obtenibles de la citada muestra. La autonomía del paciente para decidir debe presidir en el momento de solicitarle el consentimiento para el uso de la muestra para investigación.

Una muestra que va a ser cedida para ampliación diagnóstica o para investigación, debe pasar un control de calidad: la totalidad de las muestras que se ceden llevan esa información. Y cada año se hace un control de calidad del 2% de la totalidad de las muestras del año anterior y también del 2% de las de 5, 10 y 15 años anteriores.

La calidad de una muestra de tejido deriva del grado de preservación de las macromoléculas, y ésta depende sobre todo del tiempo de hipoxia desde que la muestra sale del paciente hasta que se procesa, y de la temperatura de conservación. De ahí la valiosísima contribución de supervisoras, enfermeras y personal sanitario, velando para que llegue al Biobanco lo primero posible.

Cuando un investigador solicita muestras al BioBanco del HUCA, debe cumplimentar una Solicitud de Muestras, en la que debe hacer constar:

- Título y código del proyecto de investigación
- Datos del investigador principal
- Resumen del proyecto y el uso específico que se dará a las muestras solicitadas dentro de dicho proyecto
- Descripción de las muestras solicitadas

- Compromiso del solicitante: no emplear las muestras ni los datos asociados para fines diferentes a los solicitados; mencionar al Biobanco en las posibles publicaciones derivadas de la investigación; asegurar el cumplimiento de los requisitos éticos asociados al manejo de muestras
- Datos de envío de las muestras

¿Qué información figura en el consentimiento que deben firmar los pacientes para el Biobanco?

Lo que indica la ley, a saber:

- Definición y funciones del BioBanco
- Tipo de muestra recogida y posibles riesgos asociados
- Uso que se dará a las muestras (exclusivamente para proyectos de investigación aprobados por un Comité Ético y Científico)
- Lugar de almacenamiento de las muestras
- Normativa legal que cumple el Biobanco (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley de Investigación Biomédica LIB 14/2007)
- Posibilidad de revocación del consentimiento en cualquier momento

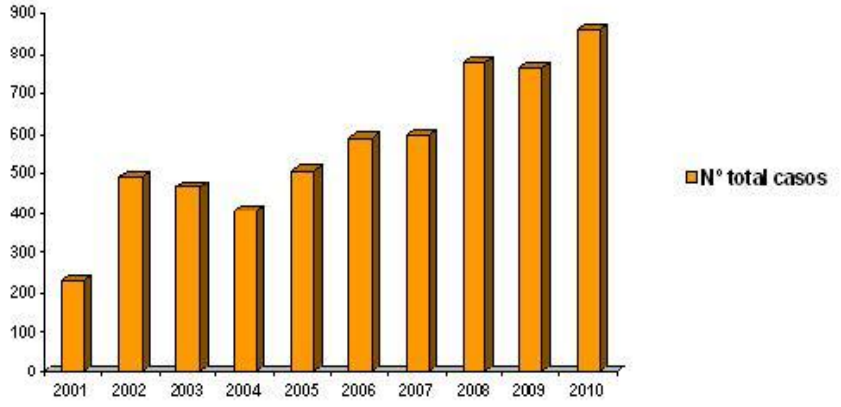
¿Las muestras llevan información asociada?

Si. De hecho, una muestra sin datos clínicos asociados es una muestra que carece de valor para investigación. Los datos que deben acompañar a la muestra informan sobre las características de la patología que sufre el paciente y también datos personales como edad y sexo.

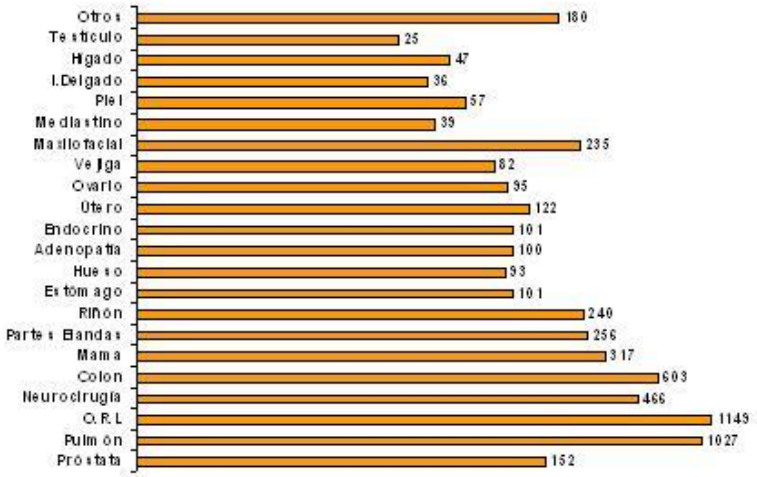
En cuanto a los datos personales del donante que puedan vincular la muestra con la identidad del paciente, tales como Nombre y Apellidos o Número de Historia Clínica, siempre deben ir disociados de la muestra y solamente el personal del Biobanco tendrá acceso a dichos datos. Este proceso se denomina **disociación**. El donante también puede decidir la **anonimización** de sus muestras: el Biobanco recogerá toda la información clínica asociada a la muestra pero destruirá la vinculación con los datos personales del donante y dichas muestras nunca podrán volver a ser vinculadas al donante, ni siquiera por el personal del Biobanco.

En el caso del Banco de Tumores, es muy importante la conexión entre Banco y Registro de Tumores, ya que eso nos va a permitir situar la donación cronológicamente en un momento concreto de la evolución del paciente, y con ello saber si la muestra se tomó antes o después de la radioterapia o la quimioterapia, y cuál fue la evolución.

Banco de Tumores. Número de casos recogidos/ año



Nº Total de casos por topografía



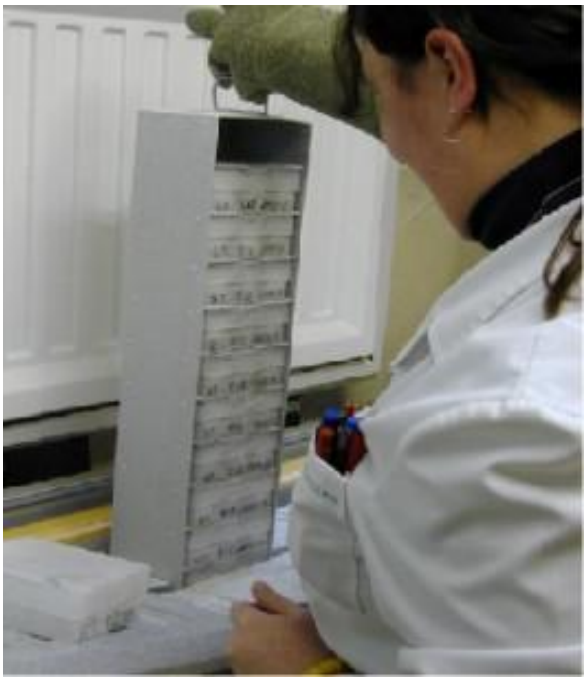
¿Se pueden saber detalles sobre el trabajo que se realiza en los laboratorios del Biobanco?

Si. La parte más elemental del trabajo consiste en la recogida de la muestra y su procesamiento hasta ser, generalmente, congelada y archivada. También se realiza el control de calidad sobre la misma en el momento de cederla; esto, en el caso del Banco de Tumores y Tejidos consiste en cortes por congelación que se tiñen y se comprueba al microscopio la naturaleza del tejido y la preservación celular, eliminando del uso las zonas necrosadas.

En el caso del Banco de Cerebros, se toman numerosas muestras en fresco, de áreas anatómicas muy precisas y que se almacenan en bolsas de congelación a -80°C; además se guarda todo el tejido restante. Parte de él se usa para diagnóstico: la familia del donante recibirá información detallada sobre la potencial patología que sufría. Ese diagnóstico se establece correlacionando datos clínicos y radiológicos con estudios microscópicos, incluyendo inmunohistoquímica.

En el Banco de ADN, plasma y células, se separa el plasma de la fase celular. Dicho plasma obtenido, se alícuota y se congela a -80°C . de la fase celular se extrae el ADN, que también se alícuota y se congela a -80°C. Se pueden congelar células de aspirados medulares. Si se quiere garantizar viabilidad celular, se debe realizar un tipo de congelación en condiciones específicas.

Pero además de esta actividad de laboratorio elemental o básica, el Biobanco actúa como plataforma de apoyo a la investigación, con una cartera de servicios a realizar sobre las muestras.



¿Cuál es la cartera de servicios del laboratorio del biobanco?

Es distinta para cada división: en el Banco de Tumores se ofrece la elaboración de matrices de tejido, estudios microscópicos e inmunohistoquímicos con cuantificación, testado de anticuerpos nuevos, hibridación in situ, microdisección láser y microscopía electrónica; en el Banco de Cerebros se ofrece material para docencia con preparaciones teñidas ilustrativas de distintas patologías; y en el Banco de ADN se ofrece la custodia de colecciones de muestras, control de calidad de ADN y próximamente de ARN.

¿Cuáles son los costes por el uso del biobanco?

No se cobra nada por las muestras. El solicitante debe cubrir únicamente los gastos derivados del envío. En el caso de actividades de apoyo a la investigación y la docencia, el solicitante proporciona los reactivos adecuados, tales como los anticuerpos primarios y secundarios para la realización de las técnicas de inmunohistoquímica u otras tinciones especiales.

¿El ámbito del Biobanco del HUCA queda restringido al propio Hospital, o es el biobanco de toda la Comunidad Asturiana?

Cuando iniciamos la andadura con el Banco de Tumores, en el año 2004, remitimos a las autoridades sanitarias de nuestra Comunidad una propuesta para la creación de una Red Asturiana de Bancos de Tumores. En ese momento, la Directora de la Secretaría de Cáncer sugirió instalar Bancos de Tumores en aquellos hospitales que superaran 7 nuevos casos semanales operados por tumores. Esta Red no está en pleno funcionamiento, pero debemos lograr que entre en plena actividad, ya que un Biobanco en un Hospital ofrece un potencial beneficio para los pacientes al que todos tienen derecho, ya que hay ampliaciones diagnósticas que sólo se pueden hacer en material congelado.

El banco de ADN y el Banco de Cerebros son de ámbito comunitario. El operativo está diseñado para que cualquier donante fallecido en Asturias, en cualquier área sanitaria, sea trasladado al HUCA sin coste adicional para la familia, con objeto de tomar las muestras de tejido cerebral pertinentes. El Banco de Cerebros colabora con la Red Nacional de Biobancos, realizando las tomas de muestras de donantes de otras comunidades que fallezcan en Asturias. En el caso del Banco de ADN, se puede enviar la sangre para el Biobanco desde cualquier Centro Sanitario de la Comunidad.

¿Dónde podemos obtener información adicional?

En breve se hará publicidad de una página web ligada a la del HUCA, en donde se detalle toda la actividad, formas de contacto, y mucha información adicional para pacientes y profesionales.

Me gustaría saber detalles sobre la legislación que compete a los biobancos. ¿dónde puedo obtenerla?

Puedes acceder a legislación y guías internacionales en la web.

- **Ley 14/2007 de Investigación Biomédica**

http:// www.boe.es/ boe/ dias/2007/07/04/ pdfs/ A28826-28848.pdf

- **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal**

http:// www.boe.es/ boe/ dias/1999/12/14/ pdfs/ A43088-43099.pdf

- **REAL DECRETO 1720/2007, de 21 de diciembre**, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

http:// www.boe.es/ boe/ dias/2008/01/19/ pdfs/ A04103-04136.pdf

- **Ley 41/2002, de 14 noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15.11.02)

http:// www.boe.es/ boe/ dias/2002/11/15/ pdfs/ A40126-40132.pdf

- **REAL DECRETO 65/2006, de 30 de enero**, por el que se establecen requisitos para la importación y exportación de muestras biológicas.

http:// www.boe.es/ boe/ dias/2006/02/07/ pdfs/ A04626-04636.pdf

- **Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina**, suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, y que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000.

http:// www.boe.es/ boe/ dias/1999/10/20/ pdfs/ A36825-36830.pdf

- **Additional Protocol to the convention of human rights and biomedicine concerning biomedical research**. Consejo de Europa, Estrasburgo, 25.1.2005

http:// conventions.coe.int/ treaty/ en/ treaties/ html/195.htm

- **Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos de la UNESCO**, de 16 de Octubre de 2003.

http:// unesdoc.unesco.org/ images/0013/001361/136112so.pdf

- **Recomendación del Consejo de Europa, sobre investigación con material biológico humano**, de 15 de marzo de 2006

https:// wcd.coe.int/ wcd/ ViewDoc.jsp? id=977859

- **ISBER best practices guidelines**. International Society of Biological and Environmental Repositories. 2008.

http:// www.isber.org/ Pubs/ BestPractices2008.pdf

- **IARC Common minimum technical standards and protocols for biological resource centres dedicated to cancer research**. 2007.

http:// www.iarc.fr/ en/ publications/ pdfs- online/ wrk/ wrk2/ Standards_ProtocolsBRC.pdf

- **NCI Best Practices for Biospecimen Resources**. Revised 2010.

http:// biospecimens.cancer.gov/ global/ pdfs/ Revised %20NCI %20Best %20Practices_public %20comment.pdf

- **OECD Best Practice Guidelines for Biological Resource Centres**

http:// www.oecd.org/ dataoecd/7/13/38777417.pdf

Palabras clave: Banco de ADN, Banco de Cerebros, Banco de Tumores, Biobanco, Muestras

Notas metodólogicas

Herramientas para investigar

La investigación, o las mil y una formas de crear y desarrollarse, personal, profesional y socialmente

24/06/2011

Carmen Chamizo Vega

Enfermera del CS de Montevil (Gijón)

Profesora Asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo

El presente artículo es el primero de una serie de artículos dedicados a profundizar en la Investigación Cualitativa. En él se describe, qué es investigar para la autora e invita a realizar un paseo por conceptos relevantes sobre el paradigma y el método a escoger, como elementos importantes para situarnos en el método cualitativo. Posteriormente, en sucesivos artículos comentará el desarrollo y aplicación de diferentes técnicas cualitativas acompañadas de ejemplos (observación participante, entrevista en profundidad, etc.), así como el análisis de los datos (Atlas- ti.6).

Soy lo que soy, e investigo como tal

Parto de la premisa que la investigación es una actividad encaminada al descubrimiento de nuevos conocimientos en el campo de las Ciencias, las Artes y las Letras (y no sólo de las Ciencias), y que no debe ser una reivindicación, sino el desarrollo de un servicio profesional y algo innato a la persona.

Mi siguiente cuestión como enfermera, es preguntarme si la Enfermería tiene algo que aportar al conocimiento y resolución de problemas de salud- enfermedad de los seres humanos. Sin dudar respondo que Sí, pero el objeto de investigación vendrá definido por el modo en que Yo defina la Enfermería, el ser humano, la sociedad, etc.

Santiago Ramón y Cajal comenzó a cosechar sus frutos a partir de los 40 años y estaba convencido que la Ciencia debía asociarse a la vida inspirándola y dirigiéndola. Curioseaba sin método y él que siempre había querido ser un artista, se encontró con un mundo misterioso y mágico cuyo secreto orden ansiaba desvelar, además de su PACIENCIA, debía poner en juego las dos facultades, con las que tanto el artista como el científico trabajan: LA RAZÓN Y LA IMAGINACIÓN CREADORA. Así pues comenzó a trabajar en soledad, sin apenas medios ni maestros, pero estas deficiencias las subsanó con ENTUSIASMO y su FUERZA DE VOLUNTAD. Sentía su pasión por enseñar como un deber y una necesidad de multiplicidad espiritual y dio una cualidad importante a su escuela: el respeto absoluto a la libertad individual, confrontando e ilustrando la voluntad de sus discípulos con pleno respeto a las iniciativas individuales. Luchó toda su vida contra el "memorismo" puro que sólo trataba de crear cabezas almacenes y no cabezas pensantes. El no tenía una memoria fiel y carecía de facilidad verbal y nunca se sintió a gusto en un sistema docente que valoraba el automatismo nervioso y la verbosidad fácil, al tiempo que desprecia la espontaneidad de pensamiento y el espíritu crítico.

Dicho todo lo anterior concluyo que la *Investigación* es lo más parecido a buscar las respuestas a los *porqués,* que desde niños realizamos y que según adquirimos conocimientos se van complejizando.

Por tanto premisa previa es conocerme a mí misma/ o (madurez), conocer el entorno y definir previamente mi concepto de la profesión, de la sociedad y de la investigación. Es decir tengo que situarme en un paradigma y buscar aquello que está más de acuerdo con mis posibilidades (prioridades sanitarias, profesionales en el entorno o sistema...) y en qué campo realizarlo.

Paradigma o *el bonito palabro*

Suele decirse que las cosas se ven con el color del cristal de las gafas con que se mire. Algo así ocurre según en qué Paradigma nos situemos a la hora de investigar. Y qué es un paradigma sino otra cosa que un modelo, forma común o filtro que impone nuestro cerebro (creencias, suposiciones, valores, etc) para comprender el mundo. Su concepto actual tiene que ver con Thomas Khun (1922-1996) quien acuñó el término de *cambio de paradigma* y según él, existe un proceso: se establece un modelo o forma de pensar y los científicos usan ese modelo para explicar su ciencia, pero a medida que lo van usando se encuentran con grandes paradojas, lo que hace que dicho paradigma comience o desemboque en crisis, lo cual da lugar a nuevas teorías o modelos y por tanto a un nuevo paradigma.

Una vez que *sepamos el color de las gafas* a nuestro alcance y las que mejor *nos sientan* debemos escoger y comenzar a diseñar nuestra investigación, que vendrá definida por esa *mirada* con la que observemos y cuestionemos el mundo.

Los paradigmas de investigación definen para los investigadores qué están haciendo y qué cae dentro y fuera de los límites de una investigación correcta. Las creencias básicas que definen a los paradigmas de la investigación, pueden resumirse según las respuestas que los investigadores proporcionen a tres preguntas fundamentales:

1. ¿Cuál es la forma y naturaleza de la realidad a investigar y qué podemos conocer de ella? (Pregunta ontológica o más sencillo: qué hay o existe).
2. ¿Cuál es la relación entre quien busca conocer y lo que puede ser conocido? (Pregunta epistemológica o simplemente: qué conoces de lo que hay).
3. ¿Cómo puede el investigador averiguar lo que cree puede ser conocido? (Pregunta metodológica o qué método escojo para investigarlo).

Dependiendo de nuestras respuestas nos situaremos en un paradigma u otro y por ello no debemos confundir nuestra *forma de mirar y el qué y cómo miramos* [1]

Cuadro 1: Creencias básicas (metafísicas) en los paradigmas alternativos de investigación

Ítem	Positivismo	Postpositivismo	Teoría crítica y otras	Constructivismo
Ontología	realismo ingenuo: realidad aprehensible	realismo crítico: realidad aprehensible sólo de manera imperfecta y probable	realismo histórico: realidad virtual moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género; eventualmente cristalizada	relativismo: realidades construidas local/específicamente
Epistemología	dualista/ objetivista; hallazgos reales	dualista/objetivista modificada; tradicional/comunidad crítica; hallazgos probablemente reales	transaccional/ subjetivista; hallazgos mediados por valores	transaccional/ subjetivista; hallazgos son obras creadas
Metodología	experimental/ manipuladora; verificación de hipótesis; énfasis en método cuantitativo	experimental/manipuladora modificada; multiplicidad crítica; comprobar falsedad de hipótesis; puede incluir métodos cualitativos	dialógica/dialéctica	hermenéutica/ dialéctica

Para el *positivismo* [2] *o postpositivismo*, el objetivo o propósito de la investigación es una explicación que permita la predicción y el control de los fenómenos físicos o humanos.

La mirada y la voz del investigador son las del científico/ a desinteresado/ a y van dirigidas al político o a los agentes de cambio.

Para el paradigma *sociocrítico,* el propósito es la crítica y la transformación de las estructuras sociales, políticas, étnicas, de género y económicas. *La mirada y la voz* de estos investigadores es la de un/ a intelectual transformador/ a, que expone los conceptos erróneos para que se produzca el cambio futuro.

Para el *constructivismo* el propósito de la investigación es entender y reconstruir las construcciones que la gente (incluyendo el investigador/ a) sostiene inicialmente, con el objeto de obtener un consenso y estar abiertos a las interpretaciones al ir mejorando y complejizándose la información. La mirada y la voz del investigador/ a contrustivista es la de un participante apasionado/ a comprometido a facilitar la reconstrucción de las múltiples voces.

En nuestra formación académica hemos sido aleccionados/ as en los paradigmas positivista y postpositivista, entrenándonos en el conocimiento sobre medidas, diseños y métodos cuantitativos y escasamente en el histórico, antropológico, social o *cualitativista,* más indicado para los paradigmas crítico y constructivista[3]

Investigación cuantitativa vs cualitativa [4]

Gage en 1989, llegó a hablar de una "guerra" entre paradigmas y eso produjo cierta rivalidad y debates intensos que llegaron hasta la actualidad, centrándose en las diferencias y bondades de los métodos de investigación, diferenciando investigación cuantitativa o cualitativa e incluso oponiendo ambos métodos de investigación.

Por métodos de investigación cuantitativos se entienden los diseños experimentales y cuasiexperimentales, la investigación por encuesta, los cuestionarios estandarizados, los registros estructurados de observación, las técnicas estadísticas de análisis de datos etc. Las investigación cualitativa incluye, la teoría fundamentada en la realidad (*grounded theory*), la investigación histórica, la investigación fenomenológica, la historia de vida, la investigación- acción, etc. Según Abdellah y Levine [5] la investigación cuantitativa es la que se recoge y analiza datos cuantitativos sobre variables, mientras que la cualitativa es una investigación sin medición y con registros narrativos de los fenómenos estudiados mediante técnicas diversas. Strauss considera que la diferencia fundamental entre ambos tipos estriba en que la primera se centra en el estudio de las relaciones entre variables cuantificadas mientras que la investigación cualitativa

lo hace con contextos estructurales y situacionales.

Cuadro 2: Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus dato	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Si bien la metodología cuantitativa es la más empleada hasta ahora, creo que el empleo de ambos procedimientos es una investigación podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, por lo que no me extenderé más en este aspecto y pasaré a centrarme en el método cualitativo y sus técnicas por indicación del equipo editorial de esta revista.

Investigación cualitativa: del concepto *emic* o *etic y su historia*

Desde estas líneas pretendo acercar a los lectores, el conocimiento sobre investigación cualitativa trasmitido por compañeros y amigos "cualitativistas", como Manuel Amezcua, Cesar Hueso [6], José Siles [7] y Carmen de la Cuesta; adquirido bien en mi formación con los profesores Víctor Álvarez Antuña, Jon Arrizabalaga o Josep Bernabeu; bien como con los libros y artículos de grandes autores como Taylor y Bogan [8], Morse [9], Vallés [10], Stake [11], Rodríguez Gómez [12], Dezin y Lincoln [13,14], Habernas [15], J.M. Delgado y J. Gutiérrez [16], etc.

El origen del concepto parte de Kenneth L. Pike (1912? 2000)[17], un lingüista, quien se refirió a dos perspectivas del trabajo científico de una forma que pronto adquirió éxito por su fuerza didáctica. Se trata de la división entre la perspectiva *emic* y la perspectiva *etic.* Ambas son sufijos de las expresiones *phonemic* y *phonetic* [18].

Mientras que la primera hace referencia a la ciencia de los significados, la segunda la hace a la ciencia de la pronunciación. Esta última es una ciencia en la que lo formal predomina sobre lo sustantivo, al revés de lo que sucede con aquélla.

No obstante, dichos términos y conceptos se extendieron a otras disciplinas, y *la mirada emic* es clave para el investigador que desee introducirse en la investigación cualitativa, pues sin ella no valen de nada la multitud de bibliografía y cursos que se realicen.

Profundicemos en dicha MIRADA.

Podemos mirar de forma *EMIC* o desde el interior del sistema, es decir, adoptando temporalmente los valores y las apreciaciones de los estudiados integrándonos en la cultura que pretendemos captar y evitar la distorsión de analizar los valores ajenos con parámetros propios (observación participante). Es importante el sentimiento emocional que la gente

tiene a cerca de su mundo y la evaluación que realiza en términos morales de todo lo que le rodea. No obstante el investigador conoce las observaciones etic de la cultura que estudia, bien por sus observaciones o conocimientos previos.

La otra perspectiva, llamada *ETIC*, es la que se logra mirando al sistema desde fuera, es decir, como si el investigador estuviera fuera de la sociedad que estudia.

Bogdan y Biklen (1982) [19] señalan cuatro fases básicas en el desarrollo de la perspectiva cualitativa: en primer lugar, una fase que se extiende desde finales del siglo XIX hasta los años 30, donde se presentan los primeros trabajos cualitativos y se consolidan técnicas como la observación participante o la entrevista en profundidad. Un segundo período va desde la década de los 30 hasta los años 50, donde se produjo un declive en la producción cualitativa. Un tercer momento se produce en los años 60, época marcada por el cambio social y el auge de los métodos cualitativos. Finalmente, un cuarto periodo iniciado en los años 60 donde se introducen nuevas perspectivas tanto sociológicas como antropológicas a partir de la evolución de la teoría social. Ya en años recientes, asistimos a lo que Lincoln y Denzin [20] llaman un quinto momento en la historia de la investigación cualitativa resaltando su carácter pluridisciplinar y multiparadigmático: "el investigador cualitativo se somete a una doble tensión simultáneamente. Por una parte, es atraído por una amplia sensibilidad interpretativa, postmoderna, feminista y crítica. Por otra parte, puede serlo por otras concepciones más positivistas, humanistas y naturalistas de la experiencia humana y su análisis" [21]. Estos autores enfatizan en esta cita la diversidad de paradigmas y la dificultad de definir la investigación cualitativa. Una primera constatación que se puede hacer es que los investigadores que utilizan metodología cualitativa estudian la realidad social en su contexto inmediato, y tal como deviene, intentan sacar el sentido y la interpretación de la realidad estudiada a partir de los significados propios de los protagonistas de una interacción social determinada.

Bibliografía

1 Guba, E. y Lincon Y. "paradigmas en competencia en la investigación cualitativa". En Denmam, C. y J.A. Haro (comps). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora 2002, pp. 113-145.

2 RAE: Sistema filosófico liderado por Comte en el s.XIX , que admite únicamente el método experimental y rechaza toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto.

3 Guba, E. y Lincon Y. "paradigmas en competencia en la investigación cualitativa". En Denmam, C. y J.A. Haro (comps). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora 2002, pp.113-145.

4 Julio Cabrero y Miguel Richard "el debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa". Enfermería Clínica vol6, nº5.

5 Abdellah F.G. y Levine E. Preparing Nursing Research for the 21 st Century. Evolution Methodologies. Challengers. New York: Springer 1004.

6 http:// www.index- f.com/ memoria/ me_inicio.php

7 http:// www.index- f.com/ cultura/ revista.php

8 Taylor, S. y Bodgan R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós, Barcelona.

9 Morse, Janice M, (2005) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Alicante.

10 Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis s.a.

11 Stake, R.E. (1999). Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata.

12 Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. Y García Jiménez, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe.

13 Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (1998). Manual de Investigación Cualitativa. London: Sage Publications.

14 Denzin, N K y y Y. Lincoln (1994). Handbook of Qualitative Research. New York: Sage Publications.

15 Habermas, J. 1997. Conocimiento e interés: La filosofía en la crisis de la humanidad europea. Málaga: Agapea.

16 J.M. Delgado y J. Gutiérrez(1995). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

17 Profesor de la Universidad de Michigan en 1955 y presidente de la Sociedad Lingüística de América en 1961.

18 Gustavo Bueno. Nosotros y ellos, Ensayo de reconstrucción de la distinción emic/ etic de Pike.Pentalfa, Oviedo 1990, colección El Basilisco.

19 Taylor,S. J y Bodgan, R. (1980) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona Paidós.

20 Valles, M. (1997), Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional, Madrid, Síntesis.

21 Denzin, N. y Lincoln, Y. (Editores) (1994), Handbook of Qualitative Research, Londres, Sage Publications. Introducción: "Ingresando al campo de la investigación cualitativa" (traducción).

Palabras clave: emic, etic, Herramientas para investigar, Investigación cualitativa, Investigación cuantitativa, Paradigma

Revisión a los clásicos

Conocer, clasificar, ordenar

24/06/2011

Martín Caicoya Gómez- Morán

Coordinador de Programas del Servicio de Calidad de la Dirección General de Calidad e Innovación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

El fenómeno de Will Rogers phenomenon. Migración de estadios y nuevas técnicas diagnósticas como una fuente de error en las estadísticas de supervivencia de cáncer

Feinstein AR, Sosin DM, Wells CK. N Eng J Med 1985. 312 : 1604? 8.

Al comparar la supervivencia, tanto global como ajustada por estadio, de la cohorte de pacientes con cáncer de pulmón tratada en 1977 con la de 1953-1964, se observó que la primera era más larga. Pero a la cohorte más reciente se le había realizado muchas pruebas de imagen nuevas. En este trabajo se realizó el ejercicio de estadiar a la cohorte de 1977 con los métodos de 1952-64. El resultado es que se evidencia un sesgo de adelantamiento que hace que su pronóstico sea más favorable. Además, se descubre que con las nuevas técnicas se encontraban metástasis que antes no podían ser identificadas, hay una migración de estadios. Pacientes que antes se hubieran clasificado en un "buen estadio" fueron asignados a un "mal estadio". El resultado es que la supervivencia por estadio es mejor en 1977 pero cuando se estadia con el método de 1953-64 no hay diferencias. De hecho, si la clasificación se realiza por sintomatología, que no está influida por las nuevas técnicas, las dos cohortes tienen supervivencia similar.

Comentario

La naturaleza está ordenada. Esta fue la premisa básica para acceder al saber. Y saber, desde esa perspectiva, es simplemente la descripción de la naturaleza. Pero no puede ser una descripción como un relato, donde las cosas suceden unas detrás de las otras. Conocer la naturaleza es clasificarla, porque orden y clasificación son dependientes. Sin embargo, la enfermedad es una manifestación de desorden. Si no hay orden no hay clasificación. Así pensaban Hipócrates y Aristóteles. Fue Sydenhan[1] el primero que de una manera sistemática se impuso la tarea de clasificar las enfermedades: para patologías específicas habrá remedios específicos. Perdura en ciertos ámbitos esta denominación para los medicamentos. Sydenhan pretendía una taxonomía de la enfermedad de la misma manera que los botánicos clasificaban las plantas. Pero su tarea era mucho más difícil. Le faltaba una teoría que pudiera relacionar entre sí los datos de sus observaciones.

Aunque hoy la medicina que se llamó empírica, porque se basaba en la forma de conocer que recomendaba Bacon, no tiene apenas seguidores, el esfuerzo clasificatorio sigue siendo fundamental. Está en la base de la epidemiología, junto con contar y comparar. Hay todo un cuerpo de estudio y conocimiento que tiene que ver con los defectos de clasificación, bien diferenciales o no diferenciales. Los primeros se denominan sesgos.

Precisamente a la búsqueda y demostración de sesgos dedicó parte de su carrera Alvan Feinstein. Es conocido por la demostración del sesgo de detección en el diagnóstico de cáncer de útero en mujeres que toman estrógenos en la menopausia[2] y el de cáncer de pulmón en fumadores[3]. Pero quizá su contribución más ingeniosa ha sido el que el llamó, originalmente, fenómeno de Will Rogers.

Will Rogers fue un vaquero que trabajó en circos y rodeos y más tarde se hizo un nombre como cómico en cines y teatros. Entre sus chistes había uno que era parecido a esto: "Cuando los de Oklahoma emigraron a Califorinia se elevó el nivel de inteligencia en ambos estados". No hace falta decir que Rogers era de Oklahoma.

Una tentación para evaluar la eficacia de los tratamientos es comparar la supervivencia entre diferentes periodos. Pero los controles históricos son malos compañeros porque hay muchas otras cosas que influyen en el éxito del tratamiento, además de las nuevas tecnologías. Entre otras cosas, el momento, en el curso natural de la enfermedad, en que se realiza la intervención. Influye de dos maneras: por un lado en que si se diagnostica antes, naturalmente vivirá más; por otro porque es posible que el tratamiento precoz sea más eficaz. Lo primero lo conocemos como sesgo de adelantamiento, que también demuestra Feinstein en esta publicación. Lo segundo, en cáncer, se pretende controlar comparando supervivencia ajustada por estadio.

La originalidad del trabajo que aquí comento de Alvan Feinstein es que se dio cuenta de que lo mismo que los más tontos de Oklahoma emigran a California, país donde todos son aún más tontos, cuando se estadia con métodos más precisos, se produce una migración de los casos más avanzados al estadio superior. Eso quiere decir que los que quedan son posiblemente de mejor pronóstico y los que inmigran del estadio inferior no solo no agravan su situación sino que la mejoran. Por tanto es fácil encontrar una mejor supervivencia estadio específico a través de los tiempos simplemente por un fenómeno clasificatorio. Debido a ello no se debe comparar supervivencia con controles históricos incluso ajustando por estadio.

Además hay otra razón, no argumentada por Feinstein, que en mi opinión es más importante. A medida que aumenta la cobertura y prestaciones sanitarias y paralelamente se eleva la conciencia de salud de la población, más diagnósticos precoces se realizan. Muchos de estos cánceres quizá nunca hubieran progresado o lo hubieran hecho muy lentamente. Aquí no hay un problema de estadios, hay un problema de biología del tumor: los cánceres estadio I de próstata o mama tienen mucho mejor pronóstico en 2011que en 1980, antes de la era del cribado. Es lo que se denomina sesgo de duración o lenght bias[4].

Volviendo al trabajo original de Feinstein, los métodos de clasificación empleados en cada uno de los periodos de estudio, 1953-64 y 1977, fueron diferentes. Lo que ocurrió es que mejoró la validez del método, es decir, su sensibilidad y especificidad. Por eso se produce un error de clasificación. Es un error diferencial porque se emplean métodos diferentes en función del grupo de comparación. Si lo que hubiera ocurrido fuera que cada uno de los métodos se empleara al azar, en los dos grupos, el error de clasificación sería no diferencial. Un error no diferencial sería el que se cometiera por el temblor del pulso con una escopeta con el punto de mira bien calibrado. Un error diferencial ocurre si la escopeta está mal calibrada. En una clasificación con error no diferencial distribuido al azar la media es la medición correcta: la diana. En el diferencial la media es el error de calibración. Imaginemos que se hubiera evaluado la eficacia de un tratamiento frente a otro para el estadio I en esos dos periodos históricos. En la cohorte antigua había un 22% de pacientes en ese estadio y en la moderna un 18%. Parecería que no hay adelantamiento del diagnóstico. La supervivencia a los 6 meses fue en 1953-64 de 75% y en 1972 del 92%, diferencias significativas. Pero cuando se clasifica la cohorte nueva con el método de 1953-64 ocurre que se incrementa el número de pacientes en estadio I, precisamente porque con las nuevas técnicas muchos habían migrado a estadios superiores. Ahora ya son 36%. Además de un sesgo de clasificación hay un sesgo de

adelantamiento que no se detectaba. Con esta clasificación no hay diferencias en la supervivencia: 75% frente a 76%. Esto produce un dilema: ¿Se puede aplicar la efectividad de los estudios históricos cuando se realizaron con una clasificación menos precisa del TNM? Lógicamente, los beneficios serán mayores en la actualidad, pero quizá también se perjudique a pacientes con buen pronóstico.

Un problema semejante de clasificación lo sufrió el colesterol en las primeras investigaciones del asturiano Grande-Covián[5]. Entonces solo se medía rutinariamente el colesterol total. Es bien sabido que demostraron que los ácidos grasos saturados de cadena media, en concreto C14 a C18, elevan el colesterol, los poliinsaturados lo rebajan y los monoinsaturdos no lo modifican. Eso puso en duda la bondad del aceite de oliva. Es también un error de clasificación, pero su perfil es algo diferente.

Bibliografía

1- Sydenham, T;: Locke, J. Ensayo Sobre La Anatomía. KRK editores. 2009.

2- Horwitz R I, Feinstein A R, Horwitz S M, Robboy S J. <Previous Article|Next Article> Necropsy diagnosis of endometrial cancer and detection- bias in case/ control studies. Lancet 1981;8237: 66-68

3- McFarlane M J, Feinstein A R, Wells C K Necropsy evidence of detection bias in the diagnosis of lung cancer. Arch Int Med 1986; 146: 1695-1698

4- Shwartz M. Estimates of Lead Time and Length Bias in a Breast Cancer Screening Program. Cancer 46:844-851, 1980

5- Keys, A; Anderson, JT y Grande, F. Serum cholesterol response to changes in the diet. The effect of cholesterol in the diet. Metabolism. 1965 14: 759-765

Palabras clave: Métodos de clasificar, Will Rogers phenomenon

Selección de informes » Oncología

Diagnostico y tratamiento del linfedema secundario

24/06/2011

El objetivo de este informe fue evaluar los métodos para el diagnostico del linfedema secundario en fase preclínica y clínica y los tratamientos no farmacológicos y no quirúrgicos.

El linfedema es una situación patológica del sistema linfático debida a una acumulación de líquidos ricos en proteínas en el espacio intersticial debido a lesiones congénitas o adquiridas del sistema linfático. Clínicamente se presenta como edema.

El linfedema primario ocurre en pacientes que tienen una malformación o disfunción de su sistema linfático. El linfedema secundario es una condición adquirida que resulta de una interrupción u obstrucción del sistema linfático. El linfedema secundario puede deberse a enfermedad, traumatismo o tener una causa iatrogénica como cirugía o radiación. Sus causas más frecuentes son las enfermedades malignas y los tratamientos asociados.

El linfedema se clasifica en estadios atendiendo a las condiciones físicas del paciente. Históricamente se utilizaron tres estadios de clasificación y recientemente se está utilizando un estadio 0 (linfedema subclínico) con una aceptación creciente.

Un ganglio centinela es cualquier ganglio que recibe el drenaje directo de una localización tumoral. Este ganglio centinela puede ser biopsiado y analizado a la búsqueda de micrometástasis. La biopsia selectiva del ganglio centinela (SLNB) es un componente de los estándares de cuidados de pacientes con cáncer de mama y melanoma. El uso de esta técnica ha reducido la incidencia del ganglio centinela aunque la magnitud de esta reducción está siendo estudiada.

El diagnóstico del linfedema se realiza por la historia clínica y el examen físico. Cuando se utilizan pruebas de imagen la linfoscintigrafía es a menudo la primera elección. Cuando no se dispone de esta técnica las alternativas son la resonancia magnética y el TAC.

Se dispone de varias opciones terapéuticas no farmacológicas y no quirúrgicas como técnicas de compresión, compresión neumática intermitente, terapia descongestiva, drenaje linfático manual, ejercicio, láser, ultrasonidos o hidroterapia, aunque ningún tratamiento aislado se acepta como terapia habitual para el linfedema. Habitualmente estos tratamientos los realizan fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, aunque también pueden realizar ciertas terapias masajistas y profesionales médicos y de enfermería.

Las preguntas a las que intenta responder la revisión fueron:

En relación con el diagnóstico:

- ¿Cuál es el procedimiento diagnóstico del linfedema en fase preclínica y clínica?
- ¿Qué criterios de inclusión se utilizaron en los estudios que evalúan los procedimientos diagnósticos del linfedema?
- ¿Se disponen de algún patrón oro para determinar el estadio o evaluar la severidad del linfedema?
- ¿Qué comparaciones se utilizaron en los estudios? ¿Se comparó la prueba evaluada con un patrón oro?
- ¿Cuál fue la sensibilidad y la especificidad de las pruebas diagnósticas evaluadas?
- ¿Cuáles fueron las propiedades psicométricas de los métodos diagnósticos?
- ¿Con que frecuencia y durante cuanto tiempo se realizaron mediciones? ¿Varía la frecuencia de medición o el método según el test evaluado?

- ¿El test diagnostico evaluado influye en la opción terapéutica o en los resultados? ¿Qué resultados se midieron?

En relación con el tratamiento:

- ¿Cuáles fueron los criterios de selección de pacientes utilizados y si había diferencias de criterio en relación con los diferentes tratamientos?
- ¿Cuáles fueron los criterios utilizados para iniciar el tratamiento? ¿Cuándo se inició el tratamiento en relación con el debut del linfedema? ¿Cuáles fueron los criterios utilizados para interrumpir el tratamiento? ¿Se modifican estos criterios en relación con la modalidad de tratamiento?
- ¿Quien practica las terapias en los estudios? ¿Que información aportan sobre la capacitación o certificación de los terapeutas?
- ¿Algún dispositivo para la compresión neumática fue más efectivo en la reducción del linfedema en relación con el tipo o las características de los pacientes?
- ¿Los pacientes con comorbilidades necesitan modificar los protocolos de tratamiento o las comorbilidades afectan a los resultados del tratamiento?
- ¿La periodicidad y duración del tratamiento o la aplicación de diferentes secuencias de tratamiento influyen en los resultados?
- ¿Qué modalidad de tratamiento único aportó los mejores resultados?
- ¿Algún tratamiento, combinación de tratamientos o método de tratamiento probó ser más o menos efectivo en relación con las características de los pacientes?
- ¿Qué comparaciones se usaron en los estudios? ¿Estas medidas son consistentes con las medidas habituales de reducción del linfedema?
- ¿Qué resultados se midieron?
- ¿Se evaluó en estos estudios la influencia del momento de inicio del tratamiento en relación con la aparición de los síntomas o cualquier otra características del linfedema o del paciente?
- ¿Cuál fue la duración del seguimiento? ¿Cuánto duraron los beneficios o el mantenimiento de la terapia?
- ¿Qué riesgos han sido encontrados en relación con los tratamientos? ¿Alguna característica de los pacientes incrementa estos riesgos?

La mayor parte de los estudios de evaluación de pruebas diagnósticas y tratamientos fueron realizados en personas con historia de cáncer de mama. La heterogeneidad de las pruebas en estos estudios fue tan sustancial como para no poder establecer cual es el método diagnostico más apropiado para le linfedema secundario. La heterogeneidad fue también sustancial para no poder establecer una terapia optima para el tratamiento del linfedema secundario.

Aunque se ha realizado mucha investigación en el diagnóstico y tratamiento del linfedema secundario no hay evidencia que sugiera un protocolo diagnóstico óptimo, una frecuencia y duración optima del tratamiento, cual es la combinación terapéutica más eficaz, la periodicidad con la que las pacientes deben ser evaluadas o tratadas y si algunas opciones de tratamiento pueden beneficiar más a unas personas o a otras.

Referencia

Diagnosis and Treatment of Secondary Lymphedema. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality.
ver informe completo

Palabras clave: Cáncer de mama, Edema, Linfedema secundario, Revisión sistemática

Selección de informes » Medicina Preventiva

Efectividad de las intervenciones conductuales para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes de 13 a 19 años: una revisión sistemática y evaluación económica

24/06/2011

Antecedentes

Las tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan aumentando, especialmente entre la juventud. Las ITS pueden ser bacterias (por ejemplo, la clamidia, la gonorrea) o virales [por ejemplo, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el herpes genital, virus del papiloma humano]. Las intervenciones para alentar a la juventud a adoptar y mantener comportamientos sexuales seguros son una de las formas de abordar la prevención de estas infecciones y promover la salud sexual. La prevención de las ITS y el embarazo adolescente es un aspecto prioritario en políticas de salud debido a los efectos adversos para las personas y su impacto en los servicios de salud.

Objetivos

Evaluar la eficacia y la relación coste- efectividad de las intervenciones realizadas en la escuela para alentar a la juventud a adoptar y mantener comportamientos sexuales más seguros y evitar adquirir infecciones de transmisión sexual.

Métodología

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura científica en las bases de datos electrónicas MEDLINE, en MEDLINE en proceso y otras- no indexadas, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, CCRCT, NHSEED y DARE desde 1985 a marzo de 2008. Se cribaron revisiones sistemáticas y artículos relacionados, también se contactó con expertos para identificar otras publicaciones y referencias inéditas. Los criterios de inclusión fueron: 1- ensayos controlados, 2- evaluación de una intervención conductual (cualquier actividad para animar a la juventud a adoptar conductas sexuales que les protegería de contraer ITS), 3- edades entre 13-19 años, 4- informar de un resultado del comportamiento sexual. Se obtuvieron los informes completos de todos aquellos resúmenes o títulos pertinentes seleccionados por dos revisores de forma independiente.

Dos revisores de forma independiente evaluaron la calidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática. Las diferencias se resolvieron mediante la discusión y la participación de un tercer revisor.

Un revisor extrae los resultados de los estudios que se consideraron metodológicamente sólidos y otro revisor los verifica.

Síntesis de los datos. Se realiza una síntesis narrativa y meta- análisis de los resultados encontrados.

Proceso de evaluación: se realizó un resumen narrativo de los resultados de las evaluaciones de los ensayos controlados aleatorios (ECA).

Se realizó una revisión sistemática de las evaluaciones económicas de las intervenciones conductuales para la prevención de las ITS en jóvenes.

Se realizó la búsqueda en bases electrónicas de datos bibliográficos CCRCT, MEDLINE, MEDLINE en proceso y otras citas no indexadas, EMBASE NHSEED, y DARE. El período de búsqueda fue desde 1990 a febrero de 2008, y se utilizaron criterios de inclusión elegidos a priori.

Se desarrolló un modelo económico para comparar los costes y consecuencias de las intervenciones conductuales para la prevención de las ITS en jóvenes.

Se evaluó el coste- efectividad de dos tipos de intervención conductual (el profesorado y la intervención basada en la escuela dirigida por pares), en comparación con la educación estándar de salud sexual.

Se construyó un modelo estadístico de Bernoulli, que describe la probabilidad de infección por ITS basado en la prevalencia de las ITS; probabilidad de transmisión en un solo acto, la eficacia del condón y el uso del condón, el número de episodios sexuales, y el número de parejas sexuales. Los parámetros para el modelo se derivan de una búsqueda sistemática de la literatura sobre la historia natural y la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual, comportamiento sexual y estilos de vida, la calidad de vida relacionada con la salud, y los costes. Los costes se estimaron a partir de datos primarios de estudios previos y las unidades de costes del NHS a nivel local y nacional. El análisis se realizó desde la perspectiva del SNS y de los Servicios Social. En el modelo, los efectos de la intervención con una duración de 1 año, sobre la base de que la mayoría de los ensayos incluidos en esta revisión sistemática evaluó los resultados hasta 1 año. El modelo estima los costes para toda la vida y los beneficios de evitar casos de ITS.

El modelo estima la probabilidad de contraer la infección de los grupos de intervención y control, de acuerdo a los cambios en los parámetros que pueden verse afectados por la intervención (es decir, el uso del condón, el número de parejas sexuales, el número de episodios sexuales). El número de casos evitados se calcula multiplicando la reducción del riesgo de infección por ITS por el número de personas que reciben la intervención. Tanto el número total de casos de ITS evitado, como la ganancia en años de vida ajustados por calidad (AVAC) y el ahorro en costes médicos para hombres y mujeres de todas las infecciones de transmisión sexual se calcularon para 1 año.

Resultados

Los resultados de la revisión sistemática de la efectividad

Se realiza una descripción con los 136 estudios que cumplían los criterios de inclusión. Se observa un predominio de los ensayos realizados en América del Norte.

La discusión en el grupo asesor del proyecto permitió la priorización de un subconjunto de políticas relevantes de los estudios de la revisión sistemática. Para que los estudios fueran incluidos debían tener las siguientes características: ECA, evaluar una intervención conductual con información concreta sobre las ITS, incluir elementos de desarrollo de habilidades para la negociación del sexo seguro, que la intervención se realice en una escuela y que recoja resultados del comportamiento sexual (además de otros resultados).

Un total de 15 ECA cumplieron los criterios de inclusión para la revisión sistemática. La mayoría se realizaron en los EE.UU y sólo dos en el Reino Unido. De los 15 ECA, 12 se consideraron metodológicamente sólidos y se incluyeron en el análisis de efectividad. Los estudios encuentran cinco tipos de resultados importantes en relación con las conductas: el inicio de las relaciones sexuales, el uso del condón, relaciones sexuales, la anticoncepción y el embarazo y sus parejas sexuales. También se describen las variables que pueden influir en el cambio de conductas: el conocimiento, las habilidades y la autoeficacia, las actitudes y las intenciones conductuales. Las tasas de infección no se informaron.

Cinco estudios aportaron datos sobre la iniciación sexual. De ellos tres, no encontraron diferencias significativas respecto a esta variable entre el grupo de intervención y el control. Dos estudios estimaron una diferencia estadísticamente significativa a favor de la intervención, aunque en uno la diferencia se observó sólo para las niñas en el grupo dirigido por pares, que se comparó con un grupo dirigido por profesores. Los datos de cuatro de estos estudios podrían ser combinados en un meta- análisis, el odds ratio (OR) de 1,03 [intervalo de confianza del 95% (IC) 0.74 a 1,43] no se observaron diferencias significativas entre los grupos en general.

Varios estudios se refieren al uso del condón y dos presentan resultados significativos a favor del grupo de intervención. Se realizó un meta- análisis para el resultado general del uso del condón¯que, nuevamente, no encontró diferencias significativas entre los grupos en general.

Para el resto de los resultados de las conductas en la relación sexual como son la anticoncepción, el embarazo y el número de parejas sexuales había muy pocas diferencias estadísticamente significativas entre la intervención y el grupo control. Las intervenciones no se habían traducido en un aumento significativo en la iniciación de la actividad sexual en la juventud participante, ni un aumento en el número de sus parejas sexuales.

El éxito del componente de habilidades en las intervenciones se evaluó por su autoeficacia. En ocho de los 12 estudios la autoeficacia es el uso del condón. En otros la negativa o la abstinencia (n = 6 estudios), la comunicación y negociación de (n = 4 estudios) y por último la circunstancia (n = 2 estudios).

Todos los estudios metodológicamente sólidos incluyeron una medida de resultado respecto de la información y se encontraron efectos estadísticamente significativos a favor del grupo de intervención respecto del grupo control en todos los estudios excepto en dos.

Nueve de los 12 ECA metodológicamente sólidos se evaluaron y se sintetizaron sus conclusiones para explorar las razones la limitada repercusión de las intervenciones de desarrollo de habilidades en el ámbito escolar. Se distinguieron dos grupos de factores. En primer lugar, las intervenciones no siempre se llevaron a cabo según lo previsto. La variabilidad en la ejecución se vio afectada por la existencia o no de una cultura de apoyo escolar, la administración escolar flexible y el entusiasmo y la experiencia del profesorado y compañeros para realizar las sesiones interactivas de salud sexual, tales como los juegos de rol. En segundo lugar, no todos los jóvenes que participan en las intervenciones las realizan o las acepta como deberían de haberlo hecho. Las cualidades de las personas que imparten la intervención - entusiasmo, credibilidad y experiencia (en contenido y en las aulas)- fue uno de los factores que influyeron en que los jóvenes encuentren las intervenciones aceptables y atractivas.

Otros factores tiene que ver con la adecuación de las intervenciones a las necesidades propias de los jóvenes, teniendo en cuenta sus propios sentimientos sexuales, sus emociones y sus relaciones, el funcionamiento de las normas de género, la conveniencia de la intervención para la edad de la juventud que participa y el nivel de malestar en clase.

Los resultados de la evaluación económica

Revisión sistemática de estudios de coste- efectividad

Se incluyeron cinco evaluaciones económicas de intervenciones conductuales para la prevención de las ITS en jóvenes. Los estudios se realizaron en los EE.UU y se centraron en la prevención del VIH. Todos los estudios utilizaron modelos matemáticos para extrapolar cambios en el comportamiento sexual. Todas las intervenciones fueron efectivas en el fomento de comportamientos sexuales más seguros en los grupos de estudio. Dada la amplia gama de supuestos y valores de los parámetros en los modelos matemáticos, que utilizaron los estudios se encontraron diferencias sustanciales en el coste estimado de las intervenciones conductuales.

Modelado de análisis coste- efectividad

Se desarrolló un modelo económico para evaluar la relación coste- efectividad de las intervenciones sobre el comportamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual en jóvenes. Sin embargo, como nuestro meta-análisis no demostró diferencias significativas entre las intervenciones, los resultados deben tratarse con precaución y sólo debe considerarse como ilustrativos. Los costes de docencia - tanto realizada por profesorado como por pares- se estimaron sobre la base de los recursos utilizados por el ECA mas relevantes de esta revisión sistemática. Este coste fue de £4.30 y £15 por alumno, respectivamente. Suponemos el mismo beneficio para las intervenciones realizadas por

docentes que las de iguales. Las intervenciones dirigidas por el profesorado son más baratas, ya que los pares deben formarse cada año, en cambio el profesorado requiere reciclaje después de varios años.

Para una cohorte de 1.000 niños y 1000 niñas, de 15 años, el modelo estima que las intervenciones conductuales evitarían tres casos de ITS y ganar 0.5 de AVAC. El coste- efectividad incremental de las intervenciones de docentes y dirigidos por compañeros fue £20,223 y £80,782 por año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC), respectivamente. Los análisis de sensibilidad muestran que los resultados más sensibles fueron el efecto de la intervención (el uso del condón), la probabilidad de transmisión de las ITS y el número de parejas sexuales respecto del caso- base. Los resultados del modelo son también sensibles a los cambios en los parámetros del modelo para la clamidia y especialmente para los parámetros relacionados con infertilidad tubárica.

Conclusiones

Las intervenciones conductuales en la escuela, que proporcionan información, enseñan a la juventud sobre su salud sexual y enseñan habilidades de negociación, pueden lograr mejoras en el conocimiento del tema y un aumento de la autoeficacia.

Sin embargo, en esta revisión sistemática se hallaron pocas diferencias significativas entre las intervenciones y también respecto a los cambios de conducta, como por ejemplo en el uso del condón. Los estudios realizados presentaban períodos cortos de seguimiento en momentos en que muchos jóvenes se acaban de convertir en sexualmente activos. Es posible que, con el tiempo, se puedan producir cambios de comportamiento favorable, especialmente cuando la actividad sexual es más habitual en la vida de la juventud.

Los resultados de la evaluación económica se consideran ilustrativos sobre todo debido a la incertidumbre sobre el efecto de la intervención en los resultados del comportamiento, y también a las limitaciones en los datos de los parámetros de inicio. Los resultados fueron más sensibles a los cambios en los valores de parámetros para: el efecto de la intervención, la probabilidad de transmisión de las ITS y el número de parejas sexuales. Las intervenciones dirigidas por el profesorado tienden a ser más baratas que las intervenciones dirigidas por pares debido a la menor necesidad de reciclaje. Las intervenciones conductuales potencialmente pueden llegar a ser más rentable a medida que aumenta la edad y la actividad sexual.

Implicaciones para la práctica

Los responsables políticos y los profesionales deben ser cautelosos en sus expectativas sobre el impacto de estas intervenciones sobre el comportamiento sexual y la incidencia de la infección. Sin embargo, las habilidades conseguidas con las intervenciones conductuales pueden ser efectivas sobre los resultados en el comportamiento, el conocimiento sobre el tema, las actitudes y la autoeficacia. Esto está de acuerdo con la política actual de salud del gobierno británico, que hace hincapié en la necesidad de proporcionar información de alta calidad para que la juventud pueda tomar decisiones informadas. Las intervenciones deben ser culturalmente específicas y pertinentes al contexto, teniendo en cuenta las necesidades de los subgrupos de los jóvenes (por ejemplo, los hombres jóvenes, las mujeres jóvenes) y, cuando sea posible, formar parte de un enfoque escolar integral de promoción de la salud sexual. La juventud se beneficiará de participar como iguales en el diseño y la ejecución de las intervenciones. Las personas que imparten las intervenciones en la escuela deben ser entusiastas y creíbles, con una considerable experiencia en la gestión del aula y la realización de actividades de desarrollo de habilidades, tales como juegos de roles y discusiones de grupo.

Implicaciones para la investigación

En nuevas investigaciones sobre intervenciones conductuales debe realizarse un seguimiento a largo plazo para evaluar en qué medida se adoptan comportamientos sexuales seguros y su mantenimiento en la edad adulta.

También se debe evaluar el impacto de las sesiones de refuerzo.

Todos los ensayos deben ir acompañados de evaluación rigurosa del proceso para poder diferencia los factores que contribuyen al éxito o al fracaso.

Para muchos de los parámetros de la evaluación económica no había datos disponibles para el grupo de edad <16 años y por tanto se recurrió a la extrapolación de datos de los grupos de mayor edad.

Se necesitan estudios prospectivos de cohortes para determinar los parámetros que describen la transmisión de infecciones de transmisión sexual entre parejas.

Referencia

Pastor J, J Kavanagh, Picot J, K Cooper, un Harden, la página S- Barnett, et al. La efectividad y coste-efectividad de las intervenciones de comportamiento para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes de 13 a 19: una revisión sistemática y la evaluación económica. Salud Technol Evaluar 2010; 14 (7). Health Technol Assess 2010;14(7):1-230

ver informe completo

Palabras clave: Evaluación económica, Juventud, Prevención infecciones transmisión sexual, Promoción de la salud, Revisión sistemática

Selección de informes » Psiquiatría

Terapia cognitivo- conductual para pacientes con adicciones: una revisión clínica y coste- efectividad

24/06/2011

Introducción

Las adicciones son un problema común de salud mental. Uno de cada 10 canadienses de más de 15 años expresan tener algún problema con el consumo de sustancias o con la dependencia de las mismas. Aproximadamente el 4% de los adultos presentan problemas con la adicción al juego. El uso de sustancias psicoactivas, incluidos el tabaco y el alcohol y las drogas no legales contribuyeron en un 12,4% a la mortalidad a nivel mundial en 2000. Los problemas de consumo de sustancias a menudo se presentan asociados con la depresión, la ansiedad, y prácticamente con todas las demás formas de enfermedad mental y representa la mayor carga de morbilidad y mortalidad de todos los trastornos mentales.

La terapia cognitiva conductual (TCC) es una forma estructurada de psicoterapia en la que los pacientes aprenden cómo sus procesos de pensamiento influyen en su conducta. El aumento de la conciencia cognitiva se combina con técnicas para ayudar a los pacientes a desarrollar y adoptar nuevas formas de comportamiento, y de alterar su entorno social, que a su vez conducen a un cambio en los pensamientos y las emociones. La TCC está limitada en el tiempo a 10 ó 20 sesiones de aproximadamente una hora de duración.

A pesar de que habitualmente la TCC se realiza en consultas individuales o grupales, las tecnologías informáticas (teletecnologías) permiten actualmente introducir formatos de consulta online o por teléfono, aunque aún no se conoce si la efectividad de estos formatos es similar a los tradicionales.

Por tal motivo, este informe revisa la evidencia clínica y de coste- efectividad de la TCC administrada de manera autodirigida o a través de aplicaciones de tele- salud en comparación con la TCC tradicional, y las directrices para la selección de los pacientes.

Esta información puede ayudar en la toma de decisiones respecto a qué grupos de pacientes con adiciones podrían beneficiarse de la TCC cuando se aplica en estos formatos alternativos.

Objetivos

El objetivo del informe es responder a las preguntas de investigación siguientes:

1. ¿Cuál es la efectividad clínica de la TCC auto- dirigida, o la tele- terapia en comparación con la TCC tradicional en el tratamiento de adultos con adiciones al alcohol, las drogas o juegos de azar?
2. ¿Cuál es el coste- efectividad de la TCC autodirigida o tele- terapia en comparación con la TCC tradicional en el tratamiento de adultos con adiciones al alcohol, las drogas o juegos de azar?
3. ¿Cuáles son las directrices de la selección de pacientes en TCC autodirigida o tele- terapia en el tratamiento de adultos con adiciones al alcohol, las drogas o juegos de azar?

Métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los recursos literarios claves de evaluación de tecnologías sanitarias, incluyendo PubMed, PsycINFO, The Cochrane Library (Número 4, 2009), de la Universidad de York, Centro de Revisiones y Diseminación (CRD), bases de datos, la ECRI, EuroScan, los organismos internacionales de tecnología de la salud. Se limitó a artículos publicados en lengua inglesa entre 2005 y diciembre de 2009. No se utilizaron filtros para limitar el tipo de estudios.

Resultados

No se encontraron informes de evaluaciones de tecnología sanitaria, ni revisiones sistemáticas, ni evaluaciones económicas que compararan intervenciones auto- dirigidas o de tele- tratamiento con la TCC tradicional en el tratamiento de adultos con adiciones al alcohol, las drogas o los juegos de azar. No se identificaron tampoco, las directrices para la selección de pacientes con adicción suceptibles de beneficiarse con la TCC autodirigido o tele- terapia.

Se identificaron, cuatro ensayos clínicos aleatorios controlados (EAC) publicados en seis artículos. Para la TCC como tratamiento de la dependencia del alcohol y/ o de drogas, se encontraron tres que utilizaban el ordenador y uno el teléfono. De los tres ensayos con terapia por ordenador, dos estudios incluían una comparación entre la TCC auto-dirigida y la terapia tradicional y otro estudio evaluaba la eficacia de dos intervenciones autodirigidas por ordenador. También se encontró un protocolo diseñado para evaluar el impacto clínico y económico de la TCC para el tratamiento de la dependencia en bebedores. En este informe se identificó un ensayo aleatorio controlado acerca de la TCC auto-dirigida en la adición al juego. Ninguno de estos estudios fue realizado en Canadá.

Limitaciones

La exactitud de los resultados de los estudios sobre la TCC autodirigida o teleterapia no se puede asegurar debido a la falta de comparaciones directas con la terapia presencial tradicional. Se necesitan más análisis para investigar la asociación dosis- respuesta entre la frecuencia de las intervenciones y los resultados. Otra limitación consiste en la generalización de los resultados a una población más heterogénea: por ejemplo, los participantes incluidos en los estudios eran en su mayoría hombres de mediana edad que presentan múltiples problemas de consumo de sustancias. Por otra parte, es difícil evaluar la importancia clínica de los efectos del tratamiento, debido al uso de variadas definiciones para la adicción, al amplio rango de resultados medidos, y a las altas tasas de deserción entre los participantes produciendo datos incompletos en el seguimiento.

Conclusiones

Para las adiciones al alcohol, las drogas y el juego, la literatura sugiere que las intervenciones basadas en ordenador o teléfono, pueden ser una alternativa viable o un complemento útil a la terapia convencional presencial.

No se identificaron estudios de coste- efectividad que comparen los modelos alternativos con los tradicionales y por lo tanto no se pueden sacar conclusiones sobre este aspecto.

Tampoco se identificaron directrices respecto a qué tipo de pacientes resultaban mas adecuados para ser tratados con las teleterapias.

Los análisis económicos deben ser incorporados rutinariamente en futuros estudios, a fin de que los costes y beneficios reales de las intervenciones que incorporan teletecnologías puedan ser comparados con los de los programas tradicionales.

Referencia

Adapted from Noorani H, Severn M. Cognitive behavioural therapy for patients with addictions: a review of the clinical and cost- effectivenessAdd to My Files. (Health Technology Inquiry Service). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2010.

ver informe completo

Palabras clave: Adicciones, Revisión sistemática, Terapia cognitivo- conductual, Terapia tradicional

Selección de informes » Organización Sanitaria

Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña

24/06/2011

Objetivos

Estudiar los factores de riesgo y la probabilidad de ingreso y de reingreso hospitalario no programado en la población atendida en la atención primaria (AP) de un sector sanitario de Cataluña.

Metodología

Se trata de un diseño longitudinal retrospectivo con datos de la historia clínica de AP y del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH) de los hospitales de Viladecans y de Bellvitge, correspondientes al período 01/01/06 - 31/12/08 en población atendida en la AP de un sector sanitario de Baix Llobregat Litoral (municipios de Castelldefels, Gavà, Viladecans, Begues y Sant Climent de Llobregat). Las variables dependientes han sido el ingreso y el reingreso no programados en alguno de los centros hospitalarios durante un período de 12 meses y de 6 meses, respectivamente, durante el año 2008. Se ha considerado como ingreso índice aquel ingreso sucedido entre el 01/01/08 y el 31/12/08, y como reingreso aquel ingreso no programado sucedido en los 6 meses seguientes al ingreso índice. Entre los antecedentes, se han analizado los factores sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia), la morbilidad (diagnósticos seleccionados de AP en grandes grupos según la clasificación internacional de enfermedades 10ª edición, CIE-10) y el consumo de recursos sanitarios en los 2 años previos (visitas, dispensación de medicamentos, ingresos previos, días de estancia hospitalaria acumulada).

Se han ajustado modelos de regresión logística de los ingresos y de los reingresos según las variables de morbilidad y de uso de servicios, estratificado para hombres y mujeres, y para el total de la muestra.

Resultados

La muestra final ha incluido a 174.400 individuos. Los ingresos han sido 3.494 (2,0%); 440 (0,3%) individuos han reingresado a los 180 días. La mayoría de variables de morbilidad y utilización de servicios han sido más frecuentes entre los que han ingresado y reingresado respecto al total de la población. Los factores asociados al ingreso no programado durante 2008 han sido: ser hombre; tener 45-64 anys o > =65 años respecto a los más jóvenes; y tener los diagnósticos de diabetes insulinodependiente (ID), diabetis no ID, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los factores con mayor poder predictivo han sido haber ingresado urgente > =2 veces en el año 2007 (OR=35,33; IC95%=24,2-51,3) y la estancia acumulada de > =9 días en el año 2007 (OR=16,97; IC95%=12,07-23,87). El área bajo la curva Receiver Operating Characteristic (ROC) del modelo de ingreso no programado ha sido 0,83.

Ser hombre, de 45-64 años o > =65 años respecto a los más jóvenes, tener diagnósticos de diabetes ID, insuficiencia cardíaca, enfisema o EPOC, haber recibido la dispensación de > =4 medicamentos, haber ingresado> = 9 días en 2006, o en 2007, y haber ingresado> = 2 veces en 2007 han sido los factores asociados al reingreso hospitalario a los 180 días del ingreso índice. Los factores con más poder predictivo han sido tener > = 65 años (OR= 19,1 IC95%= 12,7-28,9) y haber ingresado > = 2 veces en el año 2007 (OR= 22,0; 15,5-31,4). El área bajo la curva ROC del modelo predictivo de los reingresos no programados ha sido 0,93.

Conclusiones

Los modelos predictivos de ingreso y reingreso hospitalario elaborados presentan factores de riesgo ya sugeridos por la

literatura, y con un rendimiento similar a los de otros modelos publicados. En general, la utilización de servicios hospitalarios durante el último año y la edad han sido los factores con más poder predictivo. Incluir otros factores de riesgo individual, como el apoyo social y los índices de comorbilidades, podría mejorar los modelos obtenidos.

A pesar de algunas limitaciones del estudio, la aplicación de los modelos elaborados podría tener un impacto potencial en la práctica diaria en la atención sanitaria a los individuos con alto riesgo de ingreso y/ o reingreso. Además de poner en marcha intervenciones para reducir los ingresos hospitalarios en este grupo de individuos, sería necesario llevar a cabo estudios de coste efectividad de las intervenciones aplicadas.

Referencia

Rajmil L, López- Aguilà S. Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

ver informe completo

Palabras clave: Ingresos Hospitalarios, Modelo Predictivo, Reingresos Hospitalarios, Utilización de Servicios

Actualizaciones de guías de práctica clínica » Ginecología/ Obstetricia

Guía atención al parto normal para las mujeres (OSTEBA)

24/06/2011

Esta guía pretende informar sobre los cuidados que van a recibir las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento normales en las maternidades hospitalarias.

Este documento no está específicamente dirigido a mujeres que esperan gemelos, inician el parto antes de la semana 37, tienen un bebé que no ha crecido adecuadamente, padecen algún problema, como por ejemplo tensión arterial alta o diabetes, necesitan una cesárea o la inducción del parto.

Sin embargo, como muchas gestantes con problemas de salud o complicaciones durante su embarazo tienen un parto normal, algunas de las recomendaciones que van a exponerse pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.

La información que se facilita en este documento se basa en la "Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la atención al parto normal" del Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones que en ella se encuentran se han elaborado basándose en la literatura científica existente. Se ha elaborado con la participación de un amplio grupo de profesionales (matronas, obstetras, pediatras y anestesistas) y de mujeres pertenecientes a asociaciones que abogan por una atención respetuosa y de calidad durante el parto.

Los cuidados que la mujer recibe deben de tener en cuenta sus necesidades y preferencias personales. Como cada parto y nacimiento es diferente y la experiencia de cada mujer es única, es conveniente que la mujer conozca las distintas opciones disponibles para que pueda tomar decisiones conjuntamente con el equipo de profesionales encargado de su cuidado. Es recomendable que realice todas las preguntas que necesite para decidir qué tipo de atención es la que mejor se ajusta a sus circunstancias y deseos. En cualquier momento y según cómo su parto progrese y la mujer se sienta, puede ir tomando decisiones más pertinentes, que serán respetadas siempre que sea posible.

Todos los y las profesionales deben ser conscientes de la importancia de este momento tan especial, extremar la amabilidad y el respeto y atender cualquier necesidad particular que la mujer pueda tener por razones culturales, así como las originadas por dificultades en la comprensión del idioma, o por alguna discapacidad.

Esta guía de atención al parto normal está dirigida a mujeres embarazadas, futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares.

La guía informa sobre qué es el parto normal, la dilatación, segunda etapa del parto, nacimiento, alumbramiento, cuidados recomendados durante el parto normal, cuidados que necesita el bebé, cómo hacer frente al dolor, para tener en cuenta las preferencias de la mujer, dónde encontrar la información y un glosario de términos médicos.

ver informe completo

Palabras clave: Atención al parto normal, Familia, Mujeres, Padres, Participación de las mujeres

Actualizaciones de guías de práctica clínica » Ginecología/ Obstetricia

Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal (OSTEBA)

24/06/2011

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia- t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

Actualmente la información científica es más accesible que nunca, sin embargo el gran volumen de información requiere del uso de herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, y de profesionales con conocimientos y habilidades actualizados. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) dan respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en torno a la atención que debe ofrecerse desde los servicios sanitarios a una patología concreta, o bien, como es el caso del parto, a un proceso fisiológico que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, las criaturas recién nacidas y la familia. Y presentan la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan.

Esta guía es la herramienta de acompañamiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye al juicio clínico del personal sanitario.

Los objetivos de esta GPC son ofrecer a las personas usuarias de la guía una información rigurosa y actualizada que permita tomar decisiones compartidas entre profesionales y mujeres en la atención durante el parto.

El alcance en términos de condición clínica a trabajar se ha limitado a la asistencia en ámbito hospitalario de las mujeres sanas en partos normales, sin complicaciones. A efectos de la presente guía definieron parto normal como: El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones.

La guía es el resultado del trabajo de un amplio grupo de profesionales, procedentes de diferentes Comunidades Autónomas, que representan al conjunto de disciplinas implicadas en la atención al parto normal. También han participado mujeres pertenecientes a asociaciones involucradas en el fomento de unos cuidados adecuados antes durante y tras el parto. En el proceso de revisión se ha contado con profesionales de reconocido prestigio, pertenecientes a las Sociedades Científicas implicadas.

Las recomendaciones que se proponen en esta guía están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos en los hospitales.

En esta guía podemos encontrar niveles de evidencia sobre los apartados tratados y grados de recomendación. También podemos encontrar información relacionada con el **parto, la dilatación, la segunda etapa del parto, el alumbramiento, los cuidados a la criatura recién nacida, el alivio del dolor durante el parto, la monitorización fetal y las líneas de investigación en el futuro**.

Dentro de los apartados en los que la guía está dividida encontraremos información y recomendaciones, entre otros, sobre los siguientes temas: posición durante el periodo expulsivo, pujos maternos y dirigidos, prevención del trauma perineal, episiotomía, método y material de sutura en la reparación perineal, maniobra de Kristeller, manejo del alumbramiento, utilización de uterotónicos, dosis de oxitocina para el alumbramiento dirigido, pinzamiento del cordón umbilical, contacto piel con piel y lactancia materna.

También podemos encontrar en el capítulo sobre alivio del dolor durante el parto, tanto métodos no farmacológico como farmacológicos.

En el apartado de los anexos, encontramos interesantes algoritmos como el de diagnóstico de prolongación de la primera etapa del parto y de decisión según resultado de ph fetal.

Podemos utilizar varios documentos resumen entre ellos destacar uno dirigido a las mujeres que elijan analgesia neuroaxial sobre la información que deben recibir, al igual que otro resumen sobre comunicación eficaz entre profesionales y mujeres parto.

En esta guía podemos encontrar respuesta a las siguientes preguntas:

Cuidados durante el parto

Cuidados de profesionales y acompañantes

1. ¿Cómo influye la relación entre la mujer y los profesionales que la atienden en la evolución del parto y en su satisfacción con la experiencia del parto?

2. ¿Cómo influye el perfil del profesional en los resultados del parto?

3. ¿Cuál es la efectividad de acompañar a la mujer durante el parto?

Ingesta de líquidos y sólidos

4. ¿Cuál es la efectividad de la restricción de líquidos y sólidos durante el parto?

5. ¿Qué es aconsejable para prevenir la cetosis durante el parto?

Dilatación: primera etapa del parto

Definición de la primera etapa del parto

6. ¿Cuál es la definición de fase latente de la primera etapa del parto?

7. ¿Cuál es la definición de fase activa de la primera etapa del parto?

Duración y progreso de la primera etapa del parto

8. ¿Cuál es la duración de la fase latente y fase activa de la primera etapa del parto?

9. ¿Influyen la duración y el progreso de la primera etapa del parto en los resultados?

Admisión en maternidad

10. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir en la maternidad a una mujer en trabajo de parto?

Cuidados durante la admisión

11. ¿Cuál es el beneficio de realizar amnioscopia a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

12. ¿Cuál es el beneficio de realizar CTG a todas las mujeres que llegan a admisión por sospecha de trabajo de parto?

Intervenciones rutinarias posibles durante la dilatación

13. ¿Cuál es la efectividad del enema rutinario durante el parto?

14. ¿Cuál es la efectividad del rasurado perineal rutinario durante el parto?

15. ¿Cuál es la efectividad de la atención una a una durante el parto?

16. ¿Qué efecto tiene la movilización y la adopción de diferentes posiciones sobre el parto y sus resultados?

17. ¿Cuál es la efectividad de la amniorrexis artificial rutinaria y de la perfusión rutinaria de oxitocina?

18. ¿Es necesario el empleo de antisépticos en el lavado vulvovaginal previo al tacto vaginal?

19. ¿La utilización del partograma mejora los resultados?

20. ¿Cuál es la frecuencia óptima de exploraciones vaginales durante el periodo de dilatación?

21. ¿Qué métodos son eficaces para tratar el retardo de la primera fase del parto?

Segunda etapa del parto

Definición

22. ¿Cuál es la definición de fase latente de la segunda etapa del parto?

23. ¿Cuál es la definición de fase activa de la segunda etapa del parto?

Duración y progreso

24. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados?

Medidas de asepsia

25. ¿Las medidas de asepsia durante la asistencia al parto influyen en los resultados?

Posición durante el periodo expulsivo

26. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el periodo expulsivo?

Pujos maternos y pujos dirigidos

27. ¿Cuál es la efectividad de las diferentes técnicas de pujo durante la segunda etapa del parto sobre los resultados maternos y neonatales?

28. ¿Cuál es el momento óptimo de recomendar los pujos dirigidos?

Prevención del trauma perineal

29. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes intervenciones en la prevención del trauma genital? (masaje del periné, aplicación de calor perineal, uso de anestésicos locales en periné, aplicación de frío perineal, protección del periné, deflexión activa de la cabeza y extracción activa de los hombros versus no hacer nada)

Episiotomía

30. ¿Cuál es la efectividad de la episiotomía?

Método y material de sutura en la reparación perineal

31. ¿Cuál es la efectividad de la sutura de desgarros perineales de I y II grado?

32. ¿Cuál es la técnica de sutura más efectiva para la episiotomía y/ o los desgarros perineales de I y II grado?

33. ¿Cuál es el material sintético más adecuado para la reparación del periné?

Maniobra de Kristeller

34. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller?

Alumbramiento

Duración del periodo de alumbramiento

35. ¿Cuál es la duración del periodo del alumbramiento?

Manejo del alumbramiento

36. ¿El método de manejo del alumbramiento influye sobre los resultados?

Utilización de uterotónicos

37. ¿Qué uterotónico es el más adecuado para el alumbramiento dirigido? (oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas y carbetocina)

Dosis de oxitocina (I.V.) para el alumbramiento dirigido

38. ¿Cuál sería la dosis de oxitocina intravenosa (IV) más adecuada para el alumbramiento dirigido?

Cuidados del recién nacido

Pinzamiento del cordón umbilical

39. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?

Contacto piel con piel

40. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

Lactancia materna

41. ¿Es recomendable favorecer que el RN coja el pecho espontáneamente?

Baño del RN

42. ¿Cuál es el efecto del baño en el RN?

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico- rectal en el período neonatal

43. El paso de sondas gástrica- rectal y/ o la aspiración naso- orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato ¿mejoran o no el pronóstico neonatal?

Profilaxis oftálmica

44. ¿Cuál es la efectividad de la profilaxis oftálmica sistemática en el RN?

45. ¿Cuál es el momento idóneo para realizar la profilaxis oftálmica en el RN?

46. ¿Cuál es el producto más eficaz para la profilaxis oftálmica del RN?

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K

47. ¿Cuál es la relación riesgo/ beneficio de realizar la profilaxis neonatal con vitamina K?

48. ¿Cuál es la vía más recomendable en la profilaxis con vitamina K?

Alivio del dolor durante el parto

Dolor, analgesia y satisfacción materna

49. ¿Cómo influyen el dolor durante el parto y su alivio en la satisfacción de la mujer?

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

50. ¿Cuál es la efectividad de la inmersión en el agua durante el período de dilatación en el alivio del dolor?

51. ¿Cuál es la efectividad del masaje para el alivio del dolor durante el parto?

52. ¿Cuál es la efectividad del uso de pelotas de parto para el alivio del dolor durante el parto?

53. ¿Cuál es la efectividad de las técnicas de relajación para el alivio del dolor durante el parto?

54.. ¿Cuál es la efectividad de la inyección de agua estéril para el alivio del dolor durante el parto?

55. ¿Cuál es la efectividad de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) para el alivio del dolor durante el parto?

Métodos farmacológicos de alivio del dolor

56. ¿Cuál es la efectividad del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto?

57. ¿Cuál es la efectividad del petidina para el alivio del dolor durante el parto?

58. ¿Cuál es la efectividad del pentazocina para el alivio del dolor durante el parto?

59. ¿Cuál es la efectividad del remifentanilo para el alivio del dolor durante el parto?

Analgesia Neuroaxial

60. ¿Cuál es la efectividad de la analgesia neuroaxial?

61. ¿Cuál es la efectividad de las siguientes técnicas de analgesia neuroaxial obstétrica: Epidural tradicional vs Epidural a bajas dosis vs Combinada (intradural- epidural)?

62. ¿Es útil realizar un estudio de coagulación de forma sistemática previo a la administración de una analgesia neuroaxial?

63. ¿Cuál es la efectividad de la perfusión de soluciones intravenosas (cristaloides, coloides) previa a la realización de una técnica de analgesia neuroaxial obstétrica?

64. ¿Se debe posponer la instauración de una analgesia obstétrica neuroaxial hasta una fase avanzada del parto?

65. ¿Cómo influye el modo de administración de la analgesia sobre el parto y sus resultados?

66. ¿Cuál es la efectividad de la vigilancia materna durante el establecimiento y mantenimiento de la analgesia neuroaxial?

67. ¿Cómo influye el anestésico local empleado en la analgesia neuroaxial obstétrica?

68. ¿Cómo influye el uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto y sus resultados?

69. ¿Se debe mantener la analgesia epidural durante la 2ª etapa del parto?

Monitorización fetal

70. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: monitorización electrónica fetal continua (MEFC) frente a auscultación fetal intermitente (Estetoscopio de Pinard o Doppler)?

71. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC vs monitorización electrónica intermitente (MEFI)?

72. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin pulsioximetría fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

73. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin análisis del segmento ST (STAN) del ECG fetal en presencia de un registro cardiotocográfico (RCTG) patológico?

74. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin microtoma de sangre de la calota fetal (MSF)?

75. ¿Cuál es la efectividad de los siguientes métodos de monitorización fetal: MEFC con o sin estimulación de la calota fetal cuando se presentan alteraciones de la FCF?

76. ¿Cómo influye la aplicación de un sistema de categorización de la MEFC en el resultado neonatal?

ver informe completo

Palabras clave: Alumbramiento, Analgesia y satisfación materna, Cuidados criaturas recien nacidas, Cuidados parto normal, Efectividad intervenciones rutinarias parto, Monitorización fetal

Breves » Oncología

Utilidad del 90Y- Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) en el tratamiento de pacientes adultos con linfoma no Hodgkin (AETSA)

2010

Leer más

Palabras clave: 90Y- Ibritumomab tiuxetan, Linfoma no Hodgkin

Breves » Angiología y Cirugía Vascular

Reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal (CADTH)

Junio 2010. Publicación en inglés

Publicación en inglés

Leer más

Palabras clave: Aneurisma de aorta abdominal, Cirugía abierta, Reparación endovascular

Breves » Geriatría

Suplementos de vitamina D para para pacientes en edad avanzada atendidos en residencias: políticas y protocolos (CADTH)

Noviembre 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Dieta inadecuada, Edad avanzada, Osteoporosis, Vitamina D

Breves » Angiología y Cirugía Vascular

Investigación de la insuficiencia venosa crónica cerebroespinal para el tratamiento de la esclerosis múltiple (CADTH)

Diciembre 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Angioplástia endovascular, Esclerosis múltiple, Insuficiencia venosa crónica cerebroespinal, Revisión sistemática

Breves » Psiquiatría

Terapia cognitivo- conductual del trastorno de estrés post- traumático: una revisión clínica y de coste- efectividad (CADTH)

Enero 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Revisión coste- efectividad, Revisión sistemática, Terapia cognitivo- conductual, Tratorno de estrés post- trumático

Breves » Oncología

Ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) extracorpóreo en tumores sólidos (CAHTA)

Junio 2010

Leer más

Palabras clave: Evaluación económica, HIFU, Revisión sistemática, Tumores sólidos, Ultrasonido focalizado de alta intensidad

Breves » Ginecología/ Obstetricia

Medida de la longitud del canal cervical del cuello uterino por ecografía vaginal. El interés por la previsión del parto prematuro espontáneo (HAS)

Diciembre 2010. Publicación en francés

Publicado en francés

Leer más

Palabras clave: Ginecología, Imágenes médicas, Obstetricia

Breves » Traumatología y Ortopedia

Evaluación de las prótesis externas de miembro superior (HAS)

Junio 2010. Publicación en francés

Publicado en francés

Leer más

Palabras clave: Accesorios, Cirugía ortopédica, Rehabilitación, Traumatología

Breves » Psiquiatría

Organización de la atención sanitaria a personas con enfermedad mental grave y persistente ¿ Cúal es la evidencia? (KCE)

Noviembre 2010. Publicación en inglés y francés

Publicado en Inglés y Francés

Leer más

Palabras clave: Enfermedad mental grave, Psiquiatría, Salud mental

Breves » Oncología

Indicadores de calidad en oncología: el cáncer de testiculo (KCE)

Enero 2011. Publicación en francés y holandés

Publicado en francés y holandés

Leer más

Palabras clave: Cáncer de testículo, Indicadores de calidad, Oncología, Revisión sistemática

Breves » Cardiología

Imágenes de resonancia magnética cardiaca para el diagnóstico de la enfermedad de arteria coronaria (MAS)

Junio 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Análisis económico, Angiografía coronaria, Enfermedad de arteria coronaria, Imágenes de resonancia magnética, IRM, Revisión sistemática

Breves » Traumatología y Ortopedia

Vertebroplastia percutanea para el tratamiento de las fracturas osteoporóticas vertebrales por compresión (MAS)

Octubre 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Análisis económico, Fractura por compresión, Osteoporosis, Revisión sistemática, Tratamiento conservador, Vertebroplastia percutanea

Breves » Endocrinología y Nutrición

Nuevos agentes para el control de la glucemia en la diabetes tipo 2: revisión sistemática y evaluación económica (HTA)

Julio 2010. Publicación en inglés

Publicado en inglés

Leer más

Palabras clave: Diabetes tipo 2, Evaluación económica, Insulina, Revisión sistemática

Breves » Psiquiatría

Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia (OSTEBA)

Febrero 2010

Leer más

Palabras clave: Adolescente, Agresividad, Disruptivo, Psicofarmacología, Trastorno de conducta, Tratamiento psicosocial

e- notas de evaluación