

ESTUDIO DE SENSIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

INTRODUCCIÓN: En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo, que afecta principalmente a las mujeres. Naciones Unidas define la violencia de género (VG) como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación de la libertad tanto en la vida pública como privada. Es, sin lugar a dudas, un fenómeno complejo cuya primera dificultad está en la elección de criterios universales para su identificación y diagnóstico. (1)

En este sentido, se reconoce el papel que juegan los servicios sanitarios y sociales en la atención al maltrato. Es importante distinguir que las mujeres que sufren violencia pueden acudir, antes de reconocer el maltrato o después de hacerlo, a cualquiera de los agentes sociosanitarios en busca de información o ayuda. Estos contactos obedecen a necesidades diferentes, – pedir protección, denunciar la agresión, sentirse enferma, preguntar que será de sus criaturas en una hipotética separación, inscribirse en el paro o reciclarse para trabajar,...–, si bien todas estas situaciones están originadas por una causa común: su situación de maltrato, reconocida o no.

Dadas estas circunstancias, los signos y señales que pueden ayudar a la identificación del maltrato suelen aparecer ocultos bajo los síntomas de otras enfermedades o problemas de salud, por lo que el diagnóstico precoz por parte del profesional que la atiende puede resultar muy difícil. La mayoría de autores habla de un proceso de la violencia, donde no es fácil identificar el momento en el que se inicia. Walker (2), por ejemplo, describe el ciclo de la violencia en tres fases: acumulación o generación de tensión, agresión o descarga de la tensión y, tras el ataque, la etapa de arrepentimiento. Este ciclo se puede repetir a lo largo de los años. De ahí la dificultad por parte de las propias mujeres de darse cuenta del inicio y del momento en que se encuentran.

Algunos autores explican la actitud de la mujer frente a los servicios a los que acude y los posibles apoyos que se les ofrecen, a través del modelo transteórico de los pasos del cambio (de la precontemplación al mantenimiento) de Prochaska y Di Clementi. (3) En las primeras etapas, de precontemplación, la mujer no tiene conciencia de su maltrato, por lo que será necesario que lo reconozca y posteriormente comenzar a trabajar para producir los cambios. Así resulta que la identificación del maltrato presenta dificultades en un doble sentido, por la falta de precisión en el discurso de la mujer –en muchas ocasiones– y por la escasa formación de los profesionales en la identificación de este tipo de diagnóstico. Por lo tanto, se hace necesario determinar cómo y cuándo se identifica la VG en el Sistema Sanitario.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la Sanidad Pública cuente con sistemas de información que permitan dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos. (4) La necesidad de reunir a varias fuentes de información para el estudio de la violencia ha sido valorada por otros autores anteriormente, como lo refleja la experiencia del US National Violent Death Reporting System, que mejora la calidad de la información sobre las muertes violentas mediante el cruce de los datos existentes en los diversos registros, fundamentalmente porque cada una de ellos recoge aspectos diferentes y mediante su agregación se posibilita un análisis y estudio mucho más profundo y completo. Krug et al. (5) reseñan las principales fuentes de información para el análisis sobre la violencia desde una perspectiva de salud pública: encuestas, historias clínicas, registros poblacionales o específicos, etc.

Dada la alta prevalencia de VG, – afecta al 9,6% de las mujeres en España (6), los sistemas de información deben reflejar las situaciones de maltrato como un episodio específico y como desencadenante de otras enfermedades y atenciones sanitarias.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de los sistemas de información en la identificación de la VG, relacionar la información contenida en cada uno de ellos y evaluar la sensibilidad de los diferentes dispositivos sanitarios para diagnosticar a mujeres que la sufren.

METODOLOGÍA: De los registros disponibles, se escogen aquellos que están digitalizados y que se pueden analizar según unos criterios de calidad preestablecidos: precisión y exhaustividad de los datos y de los casos y oportunidad y fidelidad de la codificación. Así, se han seleccionado cuatro sistemas de información: Tres son asistenciales y el cuarto registra los partes médicos que se envían al Juzgado en los casos de GV. Las principales características de estos sistemas de información son las siguientes:

1. La historia clínica informática de Atención Primaria (OMI-AP): su uso se generaliza en el año 2002 y cubre a toda la población.
2. Registro Acumulativo de casos Psiquiátricos (RACP). Registra la atención prestada por los distintos servicios de Salud Mental. Se pone en marcha en 1986 y cubre a toda la región.
3. Registro Acumulativo de Casos de Atención Psicosocial a mujeres que sufren violencia (RACP-Psico). Está incluido en el RACP pero solo recoge información específica de las mujeres que acuden al programa de atención psicosocial a mujeres que sufren violencia de género. Este registro se inicia en 2005.
4. Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA). Registra los partes médicos que se envían al Juzgado en los casos de VG. Se pone en marcha en 2004 y su cobertura es regional.

De cada uno de los sistemas de información mencionados se seleccionan sus variables precodificadas: fecha de nacimiento, episodio, derivación, etc. Se descartan los campos abiertos o de texto libre, debido a la dificultad de su sistematización.

El período de estudio se extiende desde el inicio de los sistemas de información hasta julio de 2007, siendo el ámbito territorial Asturias.

Se define como caso una mujer mayor de 14 años que tiene registrada alguna de las siguientes situaciones en cada uno de los sistemas de información:

1. OMI-AP: Se incluyen como casos todas aquellas mujeres que tengan un episodio registrado con los códigos Z12, (problemas de relación entre cónyuges, incluye abuso psíquico o emocional) o Z25 (problemas derivados de la violencia o agresiones, incluye abuso físico por hijo o cónyuge, violación, agresión sexual) de la ICPC-2. En ambos diagnósticos se requiere el acuerdo de la paciente acerca de la existencia del problema.
2. RACP: Se incluyen como caso todas aquellas mujeres que tienen codificado un episodio Y05 (agresión sexual, uso de la fuerza física para violar o actos de sodomía) o Y07 (otras agresiones o maltrato, negligencia, abandono, tortura) de la ICD-10.
3. RACP-Psico: Todos los casos de este registro, ya que por definición este programa sólo atiende a mujeres que son o han sido víctimas de VG.
4. VIMPA: Todos los casos, ya que este registro se nutre de los partes médicos que los facultativos envían al juzgado en las situaciones de VG.

Atendiendo a los requisitos establecidos en la legislación española en materia de protección de datos y a los criterios de confidencialidad del SESPA, se realiza un procedimiento de anonimato, reemplazando los campos alfanuméricos de la TSI por sus códigos hash. Así se consigue cruzar la información de los diferentes registros sin utilizar los datos personales identificativos.

Para medir la sensibilidad de cada registro en el reconocimiento de la violencia se estima la proporción de casos diagnosticados en cada sistema respecto del total de los casos diagnosticados en todos los sistemas en su conjunto. Se asume que todas las mujeres diagnosticadas en cada uno de los registros sufren VG, es decir, la especificidad es del 100%.

Por último, se estima la sensibilidad de los registros generales respecto de los específicos.

RESULTADOS: Se identifican correctamente a 2656 mujeres con episodio de VG en alguno de los registros estudiados. La mayoría de estas pacientes, el 88,18%, sólo son diagnosticadas con VG en un único sistema de información. Es decir, si bien tienen una historia clínica abierta en alguno de los otros siste-

mas de información, no hay referencias expresas a situaciones de violencia (Tabla 1).

Tabla 1: Mujeres diagnosticadas con VG en los sistemas de información sanitarios

Diagnosticada con VG	Mujeres	Porcentaje
Sólo en un registro	2,342	88.18
Sólo en dos registros	288	10.84
En tres registros	23	0.87
En los cuatro registros	3	0.12
Total	2,656	100.00

En la Tabla 2 se presentan los principales resultados respecto a la cobertura, diagnóstico y sensibilidad de los diferentes registros. Destaca que a atención primaria acuden en algún momento el 96.08% de las mujeres que han sido diagnosticadas de maltrato en el cruce de registros; de ellas se diagnostican en atención primaria el 55.76%, lo que supone una sensibilidad para la detección de la violencia del 53.57%. El registro VIMPA recoge el 40.39% de las mujeres que han sido identificadas como víctimas de violencia en el cruce de registros, y como todas son víctimas de violencia, su sensibilidad se mantiene en esa cifra. La sensibilidad para la detección del RACP y de RACP-Psico es significativamente menor, del 3.16% y 15.77%, respectivamente.

Tabla 2: Cobertura, sensibilidad y detección de los sistemas de información sanitarios en relación con la violencia de género

	OMI-AP	RACP	RACP-Psico	VIMPA
Mujeres con historia clínica	2,552	1,037	419	1,073
Diagnosticadas con VG	1,423	84	419	1,073
Cobertura	96.08%	39.04%	15.77%	40.39%
Detección	55.76%	8.10%	100.00%	100.00%
Sensibilidad	53.57%	3.16%	15.77%	40.39%

Por último, el cruce de los registros generales de Atención Primaria y de Salud Mental con los específicos de violencia de género, RACP-Psico y VIMPA, muestra que los registros generales sólo recogen aproximadamente el 17% de los casos detectados por los registros específicos (Tabla 3).

Tabla 3: Relación de los registros generales con los específicos de VG

	Mujeres con			
	Historia clínica		Diagnóstico de VG	
	n	%	n	%
VIMPA (n=1,073)				
Atención Primaria	993	92.54	189	17.61
Salud Mental	574	50.97	10	0.93

Autores:

Emilio Torres, M^a Luz Carro, Margarita Eguiegaray, Vicente García, Elvira Muslera y Carmen Natal.

Bibliografía:

- Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:242-3.
- Walker Lenore. *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer; 1984.
- Zink T, Elder N, Klosterman B. Medical management of intimate partner violence considering the stage of change: pre-contemplation and contemplation. *Annals of Family Medicine* 2004;2(3):231-239.

RACP-Psico (n=419)				
Atención Primaria	393	93.79	54	12.88
Salud Mental	419	100.00	75	17.89
a Episodio Z12 o Z25 (OMI-AP); Y05 o Y07 (RACP).				

En particular puede observarse que el 92.54% de las 1073 mujeres registradas en el VIMPA dispone de historia clínica en el OMI-AP, pero sólo el 17.61% de esas mujeres consta con un episodio de violencia en Atención Primaria. Algo similar sucede con el VIMPA y el registro de Salud Mental: El 50.97% de las mujeres del VIMPA dispone de historia de Salud Mental, pero sólo el 0.93% de las mismas está identificada con un episodio Y05 o Y07. Respecto a las 419 mujeres atendidas en RACP-Psico, el 93.79% dispone de historia clínica en Atención Primaria, y sólo el 12.88% están diagnosticadas con Z05 o Z12 en Atención Primaria.

DISCUSIÓN: Ninguno de los sistemas de información evaluados recoge más del 50% del total de los casos de violencia identificados en el cruce de los mismos. Por ello no parece recomendable considerar ninguno de ellos como fuente de información única para estimar la magnitud del problema, ni siquiera desde el punto de vista de la atención sanitaria. En general, la calidad de los registros es mejor en los sistemas específicos (RACP-PSICO, VIMPA) que en los generales (OMI-AP, RACP).

Si se consideran los sistemas de información aisladamente, la magnitud y la variedad o heterogeneidad del problema quedan muy infravaloradas. Y aunque la mejor fuente de información para la estimación de la magnitud de la violencia sean las encuestas, los casos que son reconocidos y registrados en el sistema sanitario presentan características diferenciadas, en cuanto a edad, duración del maltrato, estadio de reconocimiento del mismo, entre otras, cuyo conocimiento resulta de gran importancia para el manejo clínico y tratamiento de las afectadas.

Si bien Atención Primaria atiende al 96% de las mujeres identificadas en el cruce de registros, su sensibilidad de detección disminuye al 53.6%. Entre las causas de esta baja sensibilidad es posible considerar los diferentes momentos del ciclo del maltrato en que se presenta la mujer a la consulta, que contribuyen a elaborar demandas diferentes y a su vez a expresar su malestar de formas distintas. Es así que los profesionales tienden a diagnosticar las enfermedades o problemas de salud separadamente, en lugar de relacionarlos con alguna causa común como podría ser el maltrato.

También es posible que las mujeres describan su situación de maltrato, pero se pueda producir una falta de respuesta por parte del personal sanitario, ya sea por la dificultad en la identificación del problema, ya sea porque, aunque lo identifique, lo apunte en la historia clínica.

En línea con lo sugerido por la OMS, el presente trabajo puede considerarse un primer paso para sentar las bases de un sistema de información que recoja la diversidad de los casos de VG que al menos llegan al sistema sanitario.

En cuanto a las limitaciones del estudio es relevante que un 10% de casos se han perdido debido a la imposibilidad de la identificación de datos personales. Es destacable la dificultad para garantizar la fiabilidad de los registros cuando la descripción (diagnóstico y codificación) del episodio la realizan muchos profesionales, lo que conlleva una gran heterogeneidad en este tipo de trabajos.

- World Health Organization. *World Health Organization Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. World Health Organization; 2002.
- Krug EtienneG, Dahlberg LindaL, Mercy JamesA, Zwi AnthonyB, Lozano Rafael. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. Document available at <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 1 September 2007.
- Instituto de la Mujer. *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres. Informe de resultados*. Instituto de la Mujer. Madrid; 2006. <http://www.mtas.es/mujer/>.

Selección de Informes de las Agencias de EvTs

HERRAMIENTAS DE APOYO A LAS DECISIONES PARA MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA

INTRODUCCIÓN: Las pruebas de función hepática de rutina se realizan en atención primaria, y son a menudo la puerta de entrada para posteriores pruebas invasivas o investigaciones costosas. Se conoce poco sobre las repercusiones en las personas con pruebas de función hepática alteradas sin otras manifestaciones de enfermedad hepática. Los estudios sucesivos pueden ser peligrosos para los pacientes y costosos para el servicio de salud pero, por otra parte, podrían adelantar diagnósticos y tratamientos con beneficios para el paciente.

En función hepática alterada, la decisión entre repetir las pruebas y derivar al paciente depende del riesgo de enfermedad hepática

OBJETIVO: Determinar la historia natural de las alteraciones de la función hepática antes de la aparición de enfermedad hepática manifiesta, inferir algoritmos de predicción de enfermedad hepática e identificar las estrategias más coste efectivas para futuras investigaciones que permitan una reducción de costes para el Servicio Nacional de Salud.

MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo, de base poblacional desarrollado en atención primaria en Tayside (Escocia), entre 1989 y 2003. Las personas participantes fueron pacientes sin signos de enfermedad hepática y adscritos a un médico general. Se realizó seguimiento a aquellos con una batería inicial de pruebas de función hepática hasta la aparición de enfermedad hepática o fallecimiento, con un máximo de 15 años. Las tecnologías evaluadas fueron: pruebas de función hepática (transaminasas, gamma-glutamilttransferasa (GGT), albúmina, fosfatasa alcalina y bilirrubina) en atención primaria, determinación de virus y anticuerpos, ecografía o biopsia hepática. El estudio utiliza la base de datos de enfermedad hepática de Tayside (ELDIT) para determinar los resultados de enfermedad hepática, modelos de regresión de time-to-event, algoritmo predictivos usando el modelo Weibull de supervivencia, análisis de decisión desde la perspectiva del Servicio Nacional de Salud, análisis de coste utilidad y análisis de sensibilidad univariante y bivariante. Búsqueda bibliográfica MEDLINE de 1966 a septiembre de 2006, E;MBASE, CINAHL, y Cochrane Library.

RESULTADOS: De un total de 95977 pacientes tuvieron pruebas de función hepática iniciales 364194, con una media de 3.7 años de seguimiento. En el 21.7% de ellos se encontró al menos una alteración en las pruebas de función hepática y 1090 (1.14%) desarrollaron enfermedad hepática. La elevación de transaminasas estaba fuertemente asociada enfermedad hepática diagnosticada, con un hazard ratio (HR) frente a niveles normales de 4.23 (IC del 95% 3.55-5.04) para elevaciones moderadas y 12.67 (IC del 95% 9.74-16.47) para elevaciones severas. Para la gamma-glutamilttransferasa (GGT) el HR fue de 2.45 (IC del 95% 2.17-2.96) y 13.44 (IC del 95% 10.71-16.87), respectivamente. Bajos niveles de albúmina se asociaron con mortalidad por todas las causas con HR de 2.65 (IC del 95% 2.47-2.85) para alteraciones moderadas y 4.99% (IC del 95% 4.26-5.84) para alteraciones severas. La sensibilidad para predecir eventos a los cinco años fue baja y la especificidad alta. El tiempo de seguimiento se estableció en 0-3 meses, 3 meses-1 año y más de un año. Todas las pruebas de función hepática fueron predictivas de enfermedad hepática y la probabilidad alta de enfermedad hepática se asoció con sexo femenino, uso de metadona y dependencia y privación de alcohol. Los modelos a más corto plazo resultaron un estadístico C de 0.85 y 0.72 para enfermedad hepática a los tres meses y al año, respectivamente, y 0.88 y 0.82 para todas las causas de muerte a los tres meses y al año, respectivamente. La calibración para modelos predictivos de enfermedad hepática fue buena. La discriminación fue baja para modelos a

largo plazo. En el análisis coste-utilidad la repetición de pruebas domina sobre la derivación como opción, aunque usando algoritmos predictivos para identificar el percentil de más alto riesgo para enfermedad hepática, la repetición de pruebas tuvo un incremento en el ratio coste-utilidad de 7588 £ con relación a la derivación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: La GGT debe incluirse en las pruebas de función hepática en atención primaria. Para pacientes sin enfermedad hepática y con riesgo bajo o moderado de aparición de la misma, repetir las pruebas en atención primaria es la opción más coste-efectiva. Para pacientes con alto riesgo de enfermedad hepática, repetir las pruebas depende de la disponibilidad a pagar del Servicio Nacional de Salud; para una disponibilidad a pagar de 7000 £, repetir las pruebas en atención primaria sigue siendo la opción más coste-efectiva. El punto de corte es arbitrario y para el desarrollo de ayudas a la decisión es importante tratar los resultados de las pruebas de función hepática como una variable continua.

Referencia: Donnan PT, McLernon D, Dillon JF, Ryder S, Roderick P, Sullivan F, et al. Development of a decision support tool for primary care management of patients with abnormal liver function tests without clinically apparent liver disease: a record-linkage population cohort study and decision analysis (ALFIE). *Health Technol Assess* 2009;13(25). <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1325.pdf>

TRATAMIENTO COMBINADO DE PARACETAMOL E IBUPROFENO PARA LA FIEBRE INFANTIL: EL ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO PITCH

OBJETIVOS: Establecer la efectividad clínica y el coste-efectividad del tratamiento de paracetamol combinado con ibuprofeno comparado con paracetamol o ibuprofeno de forma separada. La medida de efectividad considerada es el tiempo sin fiebre y el alivio de las molestias asociadas a la misma, en criaturas que se encuentran en su casa.

METODOLOGÍA: El estudio se realizó en un solo centro, fue un ensayo clínico controlado ciego, que compara tres posibilidades: paracetamol combinado con ibuprofeno, paracetamol únicamente o ibuprofeno únicamente.

Participaron en el estudio criaturas entre seis meses y seis años, que presentaban fiebre ente 37,8°C y 41°C y que pudieran cuidarse en sus casas. Los participantes se captaron en tres lugares distintos: la enfermería atención primaria, otros lugares de atención que recibieron la notificación del NHS sobre la existencia del estudio y también la propia comunidad, padres y madres que se enteraron del estudio por los anuncios a nivel local y que contactaban con los investigadores.

La intervención consistía en la toma de paracetamol cada 4-6 horas (máximo cuatro dosis al día) e ibuprofeno cada 6-8 horas (máximo tres dosis al día) durante 48 horas. Cada madre o padre recibía dos frascos con al menos un contenido de medicina activa. Tanto familiares como el personal de enfermería y medicina estaban ciegos respecto a la administración de placebo, ya que todos los frascos eran iguales en su presentación. Las dosis se determinaron por el peso de las criaturas: paracetamol 15mg/Kg e ibuprofeno 10mg/Kg por toma.

Es recomendable el tratamiento combinado de paracetamol e ibuprofeno durante las primeras 24 horas de fiebre

RESULTADOS: Para conseguir más tiempo sin fiebre, durante las primeras 4 horas resultó mejor el uso combinado de los dos medicamentos que el paracetamol solo (diferencias de 55 minutos con un 95% de confianza y un intervalo de confianza de 33 a 77 minutos; $p < 0.001$); e igualmente de efecti-

descritos, se incluyeron finalmente 7 estudios sobre autovacunas y 6 revisiones sistemáticas sobre lisados bacterianos.

Los estudios sobre autovacunas fueron un ensayo clínico, un estudio de cohortes y cinco series de casos. Ninguno de ellos aportó datos sobre la seguridad del uso de las autovacunas. En relación a la efectividad, la evidencia obtenida puede calificarse como pobre, debido a los problemas metodológicos de los estudios encontrados. Además, de los dos únicos estudios con grupo control, no pueden sacarse conclusiones sobre posibles beneficios de las autovacunas por no aportar los niveles de significación estadística.

En el caso de los lisados bacterianos, la revisión se limitó a la inclusión de revisiones sistemáticas. Aunque éstas fueron de buena calidad, la validez está limitada por la pobre calidad de los ensayos clínicos que contienen estas revisiones. En adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se encontró una disminución en la prescripción de antibióticos y una mejoría clínica con el uso de lisados bacterianos (sobre todo OM85BV), pero al mismo tiempo se asociaron con la aparición de mayor número de efectos adversos (reacciones cutáneas e infecciones del tracto urinario). En la población infantil se encontró una disminución de las infecciones respiratorias agudas a corto plazo, pero los resultados no se presentaron desagregados según la calidad de los ensayos clínicos incluidos en las revisiones.

CONCLUSIONES: No existen pruebas científicas de calidad sobre los beneficios y efectos adversos de las autovacunas bacterianas en la prevención de las infecciones respiratorias de repetición en pacientes con enfermedades otorrinolaringológicas y/o respiratorias. No se puede concluir que el uso de lisados bacterianos es efectivo para la prevención de infecciones respiratorias de repetición, puesto que, aunque se han encontrado algunos beneficios tanto en población infantil como adulta, la calidad de los estudios es pobre y el balance entre los beneficios y los riesgos no queda claro.

Referencia: Soler Méndez S, Márquez Calderón S. "Efectividad y seguridad de las autovacunas y lisados bacterianos en las infecciones respiratorias de repetición". Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008. Informe 4/2008 URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>.

REDEFINICIÓN DE ROLES EN EL SISTEMA SANITARIO

DESARROLLOS EN LA REDEFINICIÓN DE ROLES PROFESIONALES: Hay grandes expectativas respecto a la redefinición de los roles profesionales en el sistema sanitario. La hipótesis es que la redefinición de los perfiles existentes y la incorporación de nuevos profesionales –no médicos– mejorarán los estándares de calidad y contribuirán a atenciones más eficientes. Si se demandan cuidados apropiados es necesario mejorar la calidad y la eficiencia de los mismos, pero aún falta

evidencia sobre lo conseguido respecto a estas expectativas.

Desde 2002 la redefinición ha sido crecientemente mencionada y se ha comenzado a investigar sobre su impacto. Incluso las autoridades sanitarias de Holanda han manifestado su interés en que la enfermería con determinadas cualificaciones aumente su práctica autónoma. Esta situación posibilitaría el surgimiento de dos nuevas categorías profesionales como son: "enfermera practicante" y "ayudante de medicina". Ninguna de estas categorías tiene la licenciatura en medicina, pero están autorizadas por los Servicios de Salud para realizar determinados procedimientos médicos (1).

En definitiva, lo que se presenta es una revisión de la evidencia publicada respecto a la efectividad de la redefinición de roles entre las profesiones sanitarias.

NUEVA INFORMACIÓN RESPECTO A CALIDAD Y EFICIENCIA: La limitada evidencia científica disponible en Holanda y en el resto de países, suplida por la opinión de expertos, revela un cuadro complejo. La calidad de los cuidados apenas aparece como negativamente afectada por la reasignación de habilidades o por la introducción de nuevas categorías profesionales.

Hay alguna evidencia que sugiere que la calidad de cuidados se incrementa con la redefinición de roles, pero la mejora es atribuible principalmente a una mejor supervisión del paciente y al apoyo suministrado. Apparently, la enfermera practicante y las ayudantes de medicina, quienes realizan parte de trabajo habitualmente desempeñado por el personal médico, prestan más atención a dichos aspectos. No obstante, la redefinición de estos roles no parece tener influencia en otros indicadores de calidad como por ejemplo los relacionados con la salud pública.

Esto implica que los beneficios en eficiencia son actualmente escasos. Por el momento la redefinición se concentra más en la creación de las categorías profesionales, la asignación de habilidades está menos destacada y no hay reasignación en los procesos de cuidados.

Los pacientes que han sido atendidos por profesionales no-médicos con responsabilidades médicas claramente definidas han tenido experiencias altamente satisfactorias. Pero, no obstante, si hubieran podido decidir hubieran elegido a sus médicos de familia.

Los profesionales de la medicina parecen también reacios a modificar sus responsabilidades delegando ciertas tareas. La utilización de protocolos mejoraría la confianza entre profesionales y nuevamente el rediseño de los procesos permitiría lograr mejores resultados que la simple delegación de tareas por médicos individualmente.

Actualmente la redefinición de los roles se concentra en la creación de categorías profesionales y no hay redefinición del proceso de cuidados en su conjunto que conlleve mejoras en la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria

- La detección precoz de la cardiopatía isquémica en enfermos diabéticos asintomáticos: examen bajo los principios del cribado - 2008. CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. <http://www.aatrm.net>

- Efectividad a largo plazo de la prostatectomía radical, la braquiterapia y la radioterapia conformacional externa 3D en el cáncer de próstata órgano-confinado - 2008. CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. <http://www.aatrm.net>

- Healthy nutrition: a closer look at logos. GR Gezondheidsraad (The Health Council of the Netherlands). <http://www.gr.nl>

- Évaluation de l'assistance circulatoire mécanique (hors dispositifs légers). HAS Haute Autorité de santé/ French National Authority for Health. <http://www.has-sante.fr>

- Évaluation des implants de renfort pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine et du prolapsus des organes pelviens de la femme. HAS Haute Autorité de santé/ French National Authority for Health. <http://www.has-sante.fr>

Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. <http://kce.fgov.be>

Percutaneous heart valve implantation in congenital and degenerative valve disease. KCE Belgian Health Care Knowledge Centre. <http://kce.fgov.be>

- Prevention of Falls and Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Seniors. MAS Medical Advisory Secretariat. http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pub_mn.html

Social Isolation in Community-Dwelling Seniors. MAS Medical Advisory Secretariat. http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pub_mn.html

Endovenous laser therapy for varicose veins. MSAC Medical Services Advisory Committee. <http://www.msac.gov.au/>

- Vagus nerve stimulation for Epilepsy. MSAC Medical Services Advisory Committee. <http://www.msac.gov.au/>

⁽¹⁾ Nota de traducción: En USA estas categorías ya funcionan desde hace tiempo.

- The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the ages of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. NETSCC, HTA-NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment. <http://www.hta.ac.uk>

- Intravenous magnesium sulphate and sotalol for prevention of atrial fibrillation after coronary artery bypass surgery: a systematic review and economic evaluation. NETSCC, HTA-NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment. <http://www.hta.ac.uk>

- Computed Tomography (CT) Colonography. NHS QIS - Quality Improvement Scotland <http://www.nhshealthquality.org>

- Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales. OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment. <http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infeva.apl>

- Patrones de dolor lumbar: fiabilidad de un modelo de clasificación. OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment. <http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infeva.apl>

AGENDA

Jornadas sobre Calidad Asistencial en el Servicio de Salud del Principado de Asturias 16 y 17 de diciembre 2009 <http://www.astursalud.es>

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Unidad de Análisis y Programas Subdirección de Gestión Clínica y de Calidad Plaza del Carbayón 1 y 2 33001 - Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini Carmen Natal Ramos M^a Dolores Martín Rodríguez Elena Blázquez Cimadevilla

DOCUMENTACIÓN:
Teresa Méndez Morales

Tfno. 985 10 85 52 Fax. 985 10 92 70 E-mail: analisis.programas@sespa.princast.es

MAQUETACIÓN:
Tresalia Comunicación

D.L.: As-1134/2001

Para Holanda algunos impedimentos legales existentes se superaron con la aprobación de la Individual Health Care Professions Act de 2002.

Casi nada se sabe respecto a los ahorros que desde el punto de vista financiero se pudieran producir.

CONCLUSIONES: De la presente revisión surge: la redefinición de roles continúa siendo una extensión del modelo de cuidados familiares, pero tendría que enmarcarse dentro de la redefinición del proceso de cuidados en su conjunto. Es concebible que la redefinición del proceso pueda traer las deseadas mejoras en la eficiencia, con beneficios claros en la calidad. Pero aún se sabe poco del impacto que estos cambios puedan tener, por lo que se requiere investigación de largo plazo.

Referencia: Role redefinition in health care. Health Council of the Netherlands. Role redefinition in health care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2008; publication no. 2008/25. <http://www.gr.nl/adviezen.php>

CRIOTERAPIA PARA NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES

INTRODUCCIÓN: El cáncer cervical es la principal causa de muerte, por cáncer, en mujeres de países en desarrollo. Esta neoplasia tiene dos estadios previos al cáncer invasor: la displasia cervical de bajo grado o LSIL (displasia cervical leve, también denominada neoplasia intraepitelial cervical grado 1 o NIC1) y la displasia cervical de Alto grado o HSIL (que incluye tanto la displasia cervical moderada como la severa o NIC 2 y 3 respectivamente). El manejo habitual de las NIC incluye alternativas como la crioterapia, ablación laser, coagulación en frío y escisión con asa electroquirúrgica (LEEP).

OBJETIVO: El objetivo del presente informe es revisar la evidencia disponible respecto a la utilidad de la crioterapia en la NIC.

LA TECNOLOGÍA: La crioterapia es una técnica de citólisis celular que utiliza un gas refrigerante (CO₂ u óxido nítrico) para cristalizar el agua intracelular e inducir destrucción celular. La aplicación se hace utilizando una pistola o cryoprobe en el ectocervix con el cual se logran temperaturas de -20°C. Es una técnica segura en el embarazo, pero dependiente de la pericia y experiencia del operador. **Métodos:** Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, Cochrane, DARE, NHS EED), en buscadores genéricos de Internet, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y financiadores de salud. Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs), evaluaciones de tecnologías sanitarias y económicas, guías de práctica clínica y políticas de cobertura de otros sistemas de salud.

RESULTADOS: Se identificaron 2 revisiones sistemáticas (RS), 1 ensayo clínico aleato-

rizado y 1 estudio antes y después sin grupo control, publicados posteriormente a la RS, y 5 guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

Crioterapia vs. LEEP: En un ECA, realizado en 494 mujeres NIC 1.2 o 3 con biopsia negativa para lesión maligna y colposcopia satisfactoria; fueron aleatorizadas las participantes a Crioterapia vs. LEEP. Este estudio no encontró diferencias en el porcentaje de persistencia de la lesiones a 6 meses (RR 0.50 IC 95% 0.13-2.00) ni de recurrencia de las mismas a 12 meses después del tratamiento (RR 0.68 IC 95% 0.34-1.38) entre estos dos tratamientos.

Crioterapia vs. Ablación laser: Un ECA reportado en la RS y realizado en 204 mujeres con LSIL o HSIL; encontró diferencias a favor de la crioterapia en la probabilidad de reducción de enfermedad residual, a 50 meses, en mujeres con NIC 1 (OR: 3.33 IC 95%: 1.1-10.1) pero no sucedió lo mismo en mujeres con NIC 2 o 3 (OR 0.96; IC 95%: 0.67-1.36).

Crioterapia vs. Electrocoagulación: La Crioterapia no resultó ser mejor que la Electrocauterización (OR 0.33; IC 95% 0.09 -1.16) respecto a Enfermedad residual a 12 meses en un ECAs reportado en una RS y realizado en 57 mujeres con NIC grado 1, 2, 3 totalmente confirmada por biopsia.

Crioterapia vs. Crio coagulación: La Crioterapia no resultó ser mejor que la Crio coagulación: (OR 1,4; IC 95% 0,33-5,88) respecto a la proporción de enfermedad residual a 24 meses en un ECAs reportado en una RS y realizado en 161 mujeres con NIC grado 1, 2, 3.

Costos: El costo promedio de la ablación con crioterapia en Argentina se estima entre \$250 y \$400 según el prestador.

Políticas de cobertura: Algunos financiadores de medicina prepaga en EEUU cubren la crioterapia para el manejo en mujeres con cambios cervicales confirmados por colposcopia, siempre que el resultado del curetaje endocervical no muestre anormalidad.

CONCLUSIONES: En mujeres con NIC 1 no se encontraron estudios que comparen la Crioterapia versus la conducta expectante, la cual es la conducta usual manejo en esta población. En mujeres con NIC 2 ó 3, la crioterapia es una alternativa igualmente efectiva al manejo con LEEP o a otras alternativas como la Electrocoagulación o Criocirugía; sin embargo, y en general, la calidad de la evidencia existente en general impide extraer conclusiones definitivas. Si bien se trata de una técnica cubierta en general por financiadores y seguros de salud, no se disponen de datos de costo-efectividad local

Referencia: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (www.iecs.org.ar). Crioterapia para neoplasia intraepitelial cervical. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 178, Buenos Aires, Argentina. Julio 2009.

En mujeres con displasia cervical, la crioterapia tiene la misma efectividad que otras técnicas alternativas