

NOTAS

de evaluación

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

La violencia, el género (ser mujer) y la salud pública

Debate, dudas y confusión, a la que intentaremos echar un poco de luz

Tanto desde la perspectiva de la prensa, como desde las aportaciones de la literatura científica, se pueden distinguir las diferentes manifestaciones que aparecen bajo el concepto global de violencia.

Bastaría un recorrido por los titulares de los periódicos de este último año para constatar la terrible realidad, pero podemos contar además con algunos datos proporcionados por el último informe de la Organización Mundial de la Salud que estima, que cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida como resultado de la violencia autointingida, interpersonal o colectiva. En conjunto la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, para la población de 15 a 44 años de edad.⁽¹⁾

Lo que sin lugar a dudas es imposible de calcular es el coste social en aflicción y dolor, ya que es mucha la violencia que queda oculta al objetivo de las cámaras y de los datos estadísticos habituales, como es, en los hogares, en los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de asistir a las personas afectadas. Muchas víctimas son demasiado jóvenes, débiles o enfermas para protegerse, otras se ven obligadas a silenciar su dolor por convenciones o presiones sociales.

En este complejo mundo donde las causas y efectos están profundamente enraizadas en factores sociales, culturales y de relaciones familiares, es de esperar, que el enfoque de la salud pública pueda aportar luz sobre los aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico, las intervenciones y la investigación. La mayor detección, gracias a una identificación más precisa del problema; la definición de las intervenciones terapéuticas que aporten resultados en la mejor calidad de vida de las mujeres que sufren violencia y la investigación de las causas, efectos y formas de actuación.

Entrando en el otro binomio que sugería el titular, fue la Organización de Naciones Unidas, quién en 1993, definió la violencia de género 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 amenazas de tales actos, la coacción o privación de la libertad tanto en la vida pública como privada." La definición es clara y queda así reconocido, explícitamente, el largo camino de reclamaciones y denuncias, que tantas organizaciones de mujeres hicieron en todo el mundo.

Dentro de esta definición tan amplia de la violencia de género, se definen varias tipologías

entre las que se encuentra, la violencia de pareja, ya que son ellas las que sufre de forma abrumadoramente mayoritaria la violencia que su compañero íntimo les infringe. Precisamente aquel con quien mantienen vínculos afectivos y de quien, muy frecuentemente, dependen económicamente. Estos hechos son decididamente influyentes en la dinámica del maltrato y en las estrategias para hacerle frente.

Esta violencia de pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Para entender la magnitud del problema es conveniente revisar los datos con que contamos en nuestro país. Lo que sale a la luz con mas frecuencia, lo mas visible, es la violencia física, que deja rastros inequívocos, desde escoraciones hasta la muerte. Según un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante una de cada 100.000 mujeres fue asesinada por el compañero íntimo en el período 1998-2001 y una de cada 200 mujeres denunció, en el mismo período.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentan un rango de 2,53 por millón en Lugo a 8,75 por millón en Jaén, encontrándose Asturias en 3,14 por millón; siempre con referencia al mismo período.

Si tenemos en cuenta las atenciones sanitarias, que por violencia contra las mujeres, se han realizado en los centros sanitarios de la red pública⁽²⁾, en 2004, alcanzan la cifra de 565 asistencias. Y si consideramos las estimaciones de la macroencuesta de violencia, realizada por el Instituto de la Mujer⁽³⁾, para 2002, había en Asturias 16.900 mujeres que reconocían sufrir maltrato.

Son muchas aún las preguntas sin respuesta, pero es importante destacar que hay estudios rigurosos que han encontrado una inequívoca relación entre las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres; los roles de género rígidos; las ideas de hombría vinculadas al dominio y el honor masculino; con la violencia ejercida contra las mujeres.⁽⁴⁾

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Krug, E; Dahlberg, L; Mercy, J; Zwi, A y Lozano, R. Organización Mundial de la Salud 2003. Publicación Técnica 588.
2. Registro de atención sanitaria en violencia contra las mujeres del Principado de Asturias.
3. Macroencuesta de Violencia. Instituto de la Mujer, 2002. MTAS
4. Heise, L. Violence against women: an integrated ecological framework. Violence against women, 1998, 4:262-290.

sumario

Modelo de progresión genético en el cáncer de laringe.

2

De la evidencia científica a las decisiones clínicas II - Cuando pedir una prueba diagnóstica

4

Guía clínica para informar durante el embarazo.

6

Uso terapéutico del cannabis.

6

Exploración del colon con tomografía computarizada de colon.

7

El impacto de las recomendaciones basadas en la evaluación de tecnologías médicas sobre la práctica clínica y organizacional.

8

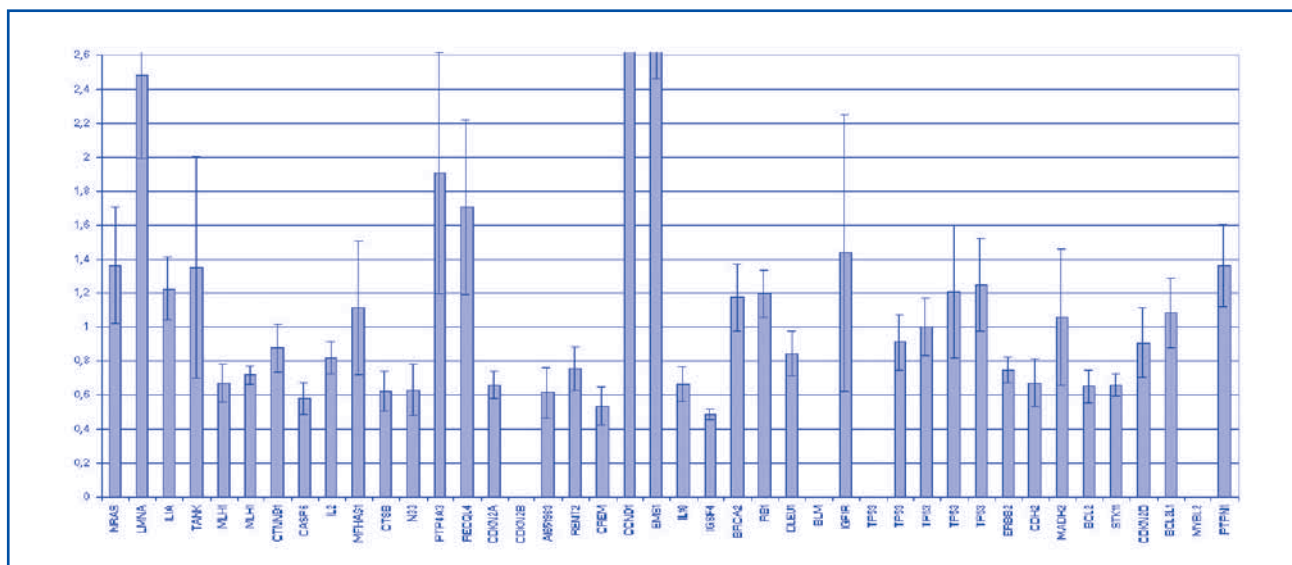


Figura 2.- Genes estudiados por MLPA. Por encima del valor 1,2 son ganancias y por debajo de 0,8 pérdidas.

3) Variables y estudio estadístico

Las variables clínico-patológicas y las ganancias y pérdidas obtenidas por HGC y MLPA se analizaron estadísticamente mediante el SPSS 12.0. La asociación de caracteres cualitativos empleó la prueba χ^2 de Pearson y el estadístico exacto de Fisher. Para estimar la supervivencia se utilizaron las curvas Kaplan-Meier, comparando las distribuciones de supervivencia mediante «Log-Rank Test». El nivel de significación se fijó para una $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

En el estudio con HGC se obtuvieron múltiples alteraciones en todos los cromosomas (Figura 1b), pero sólo la amplificación 11q13 tuvo relación estadísticamente significativa con la presencia de metástasis ganglionares.

Con MLPA se observaron distintos patrones genéticos en relación con las metástasis ganglionares y supervivencia. Se muestran los estadísticamente significativos en la Tabla I.

Tabla I.- Ganancias y pérdidas génicas obtenidas con MLPA en las distintas relaciones entre el tumor primario, la metástasis ganglionar y algunas variables clínicas.

Relación	Ganancias	Pérdidas
Tumor 1° N+/tumor 1°N-		TP53 (8 y 9), N33, STK11
Tumor 1° N+/ganglio +	CDKN2D, N33, TP53 (8)	CTNNA1, LMNA, MFHAS1, IGFBP, RECQL4, RENT2
Estadio IV	EMS1, CCND1	N33, P53 (9)
Ganglios +		N33, TP53 (8 y 9)
Supervivencia		N33

Tumor 1°N+: tumor primario metastático. N-: no metastático. Ganglio +: metástasis

DISCUSIÓN

Las metástasis ganglionares condicionan la supervivencia en los tumores de laringe y faringe. Por las técnicas citogenéticas se pueden establecer un sello de identidad cromosómico y genético de los tumores con capacidad metastática. La técnica de HGC nos sirve de "screening" para detectar las alteraciones cromosómicas en todo el genoma. La MLPA nos permite identificar alteraciones de 40 genes predeterminados. Los resultados obtenidos por HGC ya han sido descritos con anterioridad en laringe y faringe³ y en otras localizaciones de cabeza y cuello⁴, con patrones genéticos diferentes según la extirpe tumoral. Sin embargo los de MLPA son una novedad en el estudio del CL.

Autores: César Álvarez Marcos, Marta Alonso Guervós, José Luis Llorente Pendás, Mario Hermsen, Francisco Domínguez Iglesias y Andrés Sampedro Nuño.

Hospital Valle del Nalón. IUOPA. Universidad de Oviedo.

(Este trabajo ha sido financiado por el FIS, proyecto 02/0831.)

Ambas técnicas son complementarias, aunque pensamos que la mezcla de sondas de MLPA debería seleccionar los genes de acuerdo a los hallazgos de HGC. El paso futuro es el diseño de sondas MLPA a la carta, concentrando los genes en puntos concretos de un cromosoma o sobre una vía o ruta metabólica.

Bibliografía:

- 1) Califano J, van der Riet P, Westra W, Nawroz H, Clayman G, Piantadosi S, Corio R, Lee D, Greenberg B, Koch W, Sidransky D. Genetic progression model for head and neck cancer: Implications for field cancerization. *Cancer Res* 1996; 56:2488-2492.
- 2) Schouten JP, McElgunn CJ, Waaijer R, Zwijnenburg D, Diepvens F, Pals G. Relative quantification of 40 nucleic acid sequences by multiplex ligation-dependent probe amplification. *Nucleic Acids Research* 2002; 30: e57.
- 3) Hermsen M, Guervós MA, Meijer G, Baak J, van Diest P, Marcos CA, Sampedro A. New chromosomal regions with high-level amplifications in squamous cell carcinomas of the larynx and pharynx, identified by comparative genomic hybridization. *J Pathol* 2001; 194:177-182.
- 4) Ariza M, Llorente JL, Alvarez-Marcos C, Baragaño L, Salas A, Rodríguez N, Hermsen M, Suárez C, Sampedro A. Comparative genomic hybridization in primary sinonasal denocarcinomas. *Cancer* 2004;100:335-341.

DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LAS DECISIONES CLÍNICAS

II - CUANDO PEDIR UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA

El radiólogo Z está examinando los estudios realizados ese día. Tiene en sus manos el solicitado por el doctor X, lee la petición y sonríe: "siempre acierta, es un clínico excelente." Efectivamente, el paciente examinado tenía la alteración que se buscaba. El radiólogo piensa que si estuviera enfermo acudiría a él.

Ahora tiene en sus manos el estudio solicitado por el doctor Y, "aquí la moneda al aire, piensa, unas veces acierta y otras no." Esta vez no tenía nada, "no sé para qué lo pide."

Supongamos que ambos profesionales tienen la misma habilidad clínica y que han examinado a dos pacientes. Han coincidido en el grado de certeza sobre las hipótesis: el paciente A tiene un 90% de probabilidades de tener la enfermedad y el B un 50%. El doctor Y decide pedir la prueba sólo al paciente B.

Supongamos que la prueba radiológica que examina el radiólogo Z es positiva en el 95% de los enfermos, sensibilidad 95%, y negativa en el 95% de los sanos, especificidad 95%. Le sugiero que revise en la Tabla 1 el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) bajo la hipótesis de una probabilidad de enfermedad del 90% y del 50%. En el primer caso un resultado positivo apenas añade información y un resultado negativo introduce incertidumbre. En el segundo caso, con probabilidad de enfermar del 50%, la radiología aportó mucha información.

Tabla 1: Valores predictivos y sensibilidad

P	S	E	VPP	VPN
0.90	0.95	0.95	0.99	0.65
0.50	0.95	0.95	0.95	0.95

$$VPP = \frac{PxS}{PxS+(1-E)x(1-P)} \quad VPN = \frac{Ex(1-P)}{Ex(1-P)+(1-S)xP}$$

La enseñanza de esto es que el buen clínico es el que pide pruebas cuando tiene dudas. En el proceso diagnóstico, realiza una comparación de la información obtenida sobre el paciente, con otros que conoce por su experiencia o estudios, asignándole una probabilidad de pertenecer a un grupo. El mejor rendimiento de una prueba diagnóstica es cuando el clínico piensa que el paciente examinado tiene una probabilidad entre el 40 y el 60% de tener la enfermedad.

El radiólogo Z estaba equivocado: El doctor Y es más prudente tomando decisiones, utiliza mejor los recursos y facilita con su actuación que el sistema pueda operar mejor. Porque si el doctor X pide la prueba "para quedarnos tranquilos" esa tranquilidad supone gastos prescindibles y demoras en la atención a otros pacientes con las potenciales repercusiones para su salud.

Es verdad que el médico debe ofrecerle a su paciente todo lo que considere necesario para su curación. Pero a la vez es un administrador de recursos, si da mucho a uno, otros se pueden quedar sin lo necesario. Y entre los recursos hay que contar el tiempo, la atención y esfuerzo.

Hay que matizar la afirmación de que cuando se tiene una considerable certeza de que el paciente tiene o no la enfermedad las pruebas complementarias son prescindibles. En realidad, la pregunta es: ¿qué beneficios obtendré de realizar más estudios y a qué coste? Pero tan importante como lo anterior, es decidir a qué nivel o grado de certeza de alteración se define positividad de la prueba. Ambas preguntas se pueden tratar con el análisis ROC y el análisis de decisión, técnicas que se basan en lo mismo.

COMO DEFINIR POSITIVIDAD

A. La curva ROC

La curva ROC (Receiver Operator Characteristics) es una estrategia empleada por los radares para establecer el equilibrio entre detectar los casos, sensibilidad, y no tener muchos falsos positivos. Gráficamente se hace colocando los valores de 1-especificidad en el eje de las X y los correspondientes de sensibilidad en el eje de las Y. Los puntos de cruce forman la curva ROC y la razón de verosimilitud (LR) es el cociente entre sensibilidad y frecuencia de falsos positivos (1-E), es decir la tangente a cada uno de los puntos de la curva ROC.

Supongamos una prueba numérica para la que conocemos la sensibilidad y especificidad en 4 niveles, Tabla 2. El nivel 4 es el que más certeza diagnóstica ofrece: los así diagnosticados tienen 50 veces más probabilidades de ser enfermos que sanos. En cambio el nivel 1 no es informativo y los 2 y 3 los más equilibrados. Pero, ¿estaría satisfecho con el criterio 4? Evidentemente no porque deja fuera al 50% de los enfermos. Hay algo más que la certeza diagnóstica en esa decisión. La LR para el nivel 3, por cada unidad que se incrementa en el eje de las X (1-especificidad) se debe aumentar 3 en el de las Y (sensibilidad). ¿Cuál es, entonces, la mejor LR para mis propósitos o que punto de la curva ROC elijo?

Tabla 2: Razones de verosimilitud (LR) para distintos niveles de sensibilidad (S) y especificidad (E)

NIVEL	mg/dl	S	E	1 - E	LR
1	70	0.99	0.10	0.90	1.1
2	100	0.90	0.70	0.30	3
3	120	0.70	0.90	0.10	3
4	150	0.50	0.99	0.01	50

Fuente: Diabetes Program Guide, Public Health Service 1960.

B. El análisis de decisión

El análisis de decisión es una técnica relativamente simple en la que se trata de comparar alternativas ante una decisión, asignando a cada una de ellas probabilidades y utilidades. Supongamos el caso del paciente con 90% de probabilidades de estar enfermo, ¿qué pasa si tomo la decisión de no hacer la radiología y lo trato como enfermo no estándolo? Imaginemos que lo que se dirime es si tiene un cáncer, por ejemplo de mama, se habrá realizado un tratamiento agresivo, posiblemente mutilante, además de calificar al paciente como portador de una enfermedad que va a condicionar su vida. En estos casos es evidente que la certeza diagnóstica ha de ser máxima. Porque el coste de tratar a un sano supera con mucho el de realizar las pruebas. Coste material y humano.

La expectativa de vida de un verdadero negativo (UVN), al que no se le hace nada será, evidentemente, del 100% del de su edad, sexo y procedencia geográfica, si no contamos para simplificar las molestias y efectos adversos de la prueba. Aceptamos en el supuesto anterior, que un enfermo tratado tiene una expectativa de vida ajustada por calidad del 85%, utilidad del verdadero positivo (UVP)=0.85*UVN y que el enfermo no tratado vive el 50%, utilidad del falso negativo (UFN)=0.5*UVN, y supongamos que tratar a un sano incurre en un perjuicio del 7% en su expectativa de vida, utilidad del falso positivo (UFP)=0.93*UVN.

Para cada enfermedad habrá un juego de perjuicios por no tratar al enfermo y tratar al sano que dependerá de la utilidad del tratamiento y de sus efectos secundarios. Por ejemplo, ante una meningitis meningocócica, los perjuicios de no tratar al enfermo son muy altos y los de tratar al sano son relativamente bajos. Pero ante un cáncer de páncreas los perjuicios de no tratar al enfermo no son tan espectaculares, pues la letalidad sigue siendo alta entre los tratados, y el perjuicio de tratar a un sano es bastante alto. A las utilidades hay que añadir el coste de tratar. De manera que en cada ejercicio se pueden variar la sensibilidad, la especificidad y las utilidades, así como la probabilidad de enfermedad.

Se hace normalmente en la clínica: se considera positiva una prueba de tuberculosis con una induración mínima, 5 mm en lugares de alta prevalencia y se emplea un punto de corte más alto, 10 incluso 15 mm en lugares de baja prevalencia. Lo mismo se hace con la prueba de esfuerzo: descensos mínimos

se consideran positivos en pacientes de alto riesgos y negativos en los de bajo riesgo. En realidad es como si se estuvieran aplicando dos pruebas diferentes.

Algebraicamente el rendimiento del test es la suma de las cuatro utilidades por la probabilidad de que ellas ocurran. Los cálculos de las diferentes utilidades se presentan en la tabla 3. En los enfermos (pE) se sumarán las utilidades de tratar a los enfermos que encuentre la prueba, que es la sensibilidad multiplicado por la UVP y las de no tratar a un enfermo, (1-sensibilidad) multiplicado por la UFP (1). En los casos en que la prueba se aplique a los que no tienen enfermedad (1-pE) expresión descrita en (2). La suma de ambos será la utilidad (U) de esa prueba (3). Por otra parte, la utilidad de tratar (UT) será la suma de la utilidad de tratar al sano y la de la de tratar el enfermo(4), la de no tratar (UNT) será (5).

Tabla 3: Expresión de las diferentes utilidades

(1) UE	$pE * \{S * UVP + (1-S) * UFN\}$
(2) UNE	$(1-pE) * \{(1-E) * UFP + E * UVN\}$
(3) U	$pE * \{S * UVP + (1-S) * UFN\} + (1-pE) * \{(1-E) * UFP + E * UVN\}$
(4) UT	$pE * S * UVP + (1-pE) * (1-E) * UFP$
(5) UNT	$pE * (1-S) * UFN + (1-pE) * E * UVN$
(6) Punto de corte	$\frac{UVN - UFP}{UVP - UFN} * \frac{1-pE}{pE}$
(7) Punto de corte	$\frac{C}{B} * \frac{1-pE}{pE}$

Sé que esto resulta muy antipático. Hay programas de análisis de decisión, pero a este nivel lo puede usted manejar con facilidad en una hoja de cálculo. Simplemente coloque en diferentes celdas los valores de sensibilidad, especificidad y UVP y UVN y haga que la celda que dan valor UFN sea igual a la que figura en UVP multiplicada por la fracción que haya decidido que sea la curación, lo mismo con UFN y los complementarios de sensibilidad y especificidad, la prevalencia y su complementario (Tabla 4). Tendrá 10 celdas. En otras dos celdas calcule las utilidades en enfermedad y no-enfermedad en función de los valores, ver fórmulas (1) y (2) y súmelas en una nueva celda. Basta variar los valores de sensibilidad y especificidad para conocer a qué nivel de validez la prueba rinde más con las suposiciones introducidas, a saber: la probabilidad enfermedad y las utilidades, de falso y verdadero positivo y falso y verdadero negativo, que también puede variar.

En este caso, con una prevalencia del 10%, la utilidad del criterio 1 es 0,913, la del criterio 2 es 0,949, la del 3, 0,957 y la del 4, 0,959. Basta que la prevalencia sea alta, el 50%, para que el criterio 2 sea el mejor; sin embargo, si la prevalencia es tan baja como 1 por mil, el mejor criterio es el 4. Es lógico, en altas prevalencias no importa tanto la tasa de falsos positivos pero sí en bajas. Por eso el criterio de positividad de la tuberculina o el descenso del ST es diferente según la probabilidad de enfermedad.

¿Cuál es el umbral de probabilidad de enfermedad que hace que tratar sea mejor que no tratar? Evidentemente el umbral se

sitúa donde (4) y (5) sean iguales, cuando (4) sea mejor que (5) conviene tratar, y viceversa. Igualando las dos ecuaciones y despejando pE, se obtiene (4), que es el punto de corte óptimo de la curva ROC.

En el numerador se resta a las utilidades de un verdadero negativo (UVN) lo que se pierde por los falsos positivos (UFP) al tratar sanos; son los efectos perjudiciales del test: el coste (C). Y en denominador es el beneficio de encontrar enfermos (B). Se puede reescribir la ecuación (4). Las ecuaciones (6) y (7) representan el punto de la curva ROC óptimo para esas suposiciones, que coincide con el LR ideal, como se ha visto antes (Tabla 3).

Supongamos (modificado de Sox HC et al: Medical Decisión Making. Boston 1988; Butterworths) una prueba serológica que sirve para diagnosticar una infección grave que se emplea en el diagnóstico de un caso cuya probabilidad pre-test es del 0.5 y en la detección de infección en personas asintomáticas en un banco de sangre, siendo la probabilidad pre-test del 0.001. El tratamiento incurre en costes importantes al ser muy agresivo y tener escaso beneficios pues es una enfermedad poco vulnerable a la terapia: la relación coste/beneficio es 2/1. Sin embargo, detectar portadores tiene grandes beneficios y bajos costes: 1/50. ¿Cómo definir para cada caso la positividad?

La ecuación (7) quedaría así: $2/1 * 0.50/0.5 = 2$. Tendremos que encontrar un valor de la prueba que cumpla que la sensibilidad sea el doble de la tasa de falsos positivos, un LR de 2. En el caso de las pruebas de cribado la ecuación (7) quedaría así: $1/50 * 0.999/0.001 = 20$. Se debe hallar un valor del test que tenga un LR de 20 para que sea útil como prueba de screening. Es decir, la especificidad debe primar aquí.

En resumen, conviene tener flexibilidad a la hora de decidir el criterio de anomalía de una prueba. No es correcto juzgar las alteraciones electrocardiográficas sin una referencia poblacional: ¿en qué grupo de riesgo coloco a este paciente? (probabilidad a priori) ¿qué beneficios espero obtener del tratamiento si lo califico como enfermo? ¿En qué costes incurrir si a un sano lo trato como enfermo? ¿Y si no trato a un enfermo?. La sensibilidad y especificidad son características de la prueba, pero el acto médico es específico del paciente.

Efectivamente, el viejo aforismo no existen enfermedades sino enfermos, que puede servir para justificar cualquier acción ante el evaluador de la práctica clínica, cobra relevancia tras estas reflexiones. Aunque pensamos en enfermedades, como una constelación de signos, síntomas y pruebas complementarias que con mayor probabilidad tiene una determinada entidad fisiopatológica en contraste con otras, lo que diagnosticamos y tratamos es un enfermo. Conviene, por tanto, personalizar lo más posible las herramientas que empleamos. Sé que puede resultar antipático hacer ejercicios como los que he propuesto. Pero creo que resulta interesante examinar las suposiciones, de manera que podamos analizar su robustez, haciéndolas variar dentro de los límites sensatos. Uno se puede encontrar con sorpresas.

Autor: Martín Caicoya Gómez-Morán. Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias. Hospital Monte Naranco.

Tabla 4: Utilidades, en el supuesto de la tabla 1, para distintas prevalencias

pE	1-pE	NIVEL	S	1-S	E	1-E	UVP	UVN	UFP	UFN	UE	UNE	U
0.1	0.9	1	0.99	0.01	0.1	0.9	0.7	1	0.93	0.5	0.069	0.843	0.913
		2	0.90	0.1	0.70	0.3					0.068	0.881	0.949
		3	0.70	0.3	0.90	0.1					0.064	0.893	0.957
		4	0.50	0.5	0.99	0.01					0.06	0.899	0.959
0.5	0.5	1	0.99	0.01	0.1	0.9					0.349	0.468	0.817
		2	0.90	0.1	0.70	0.3					0.34	0.489	0.829
		3	0.70	0.3	0.90	0.1					0.32	0.496	0.816
		4	0.50	0.5	0.99	0.01					0.3	0.499	0.799
0.001	0.999	1	0.99	0.01	0.1	0.9					0.00069	0.936	0.936
		2	0.90	0.1	0.70	0.3					0.00068	0.978	0.978
		3	0.70	0.3	0.90	0.1					0.00064	0.992	0.992
		4	0.50	0.5	0.99	0.01					0.006	0.998	0.998

Breves

PUBLICACIONES

Algunas publicaciones de las Agencias pertenecientes a la red INAHTA del año 2004 que se encuentran disponibles en páginas web:

- Comparison of the insulin pump and multiple daily insulin injections in intensive therapy for type 1 diabetes
AETMIS Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'intervention en Santé
www.aetmis.gpuv.qc.ca

- Hospital Technology at Home: Portable Oxygen Therapy in COPD
AETMIS Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'intervention en Santé
www.aetmis.gpuv.qc.ca

- Programa de deshabitación tabáquica
AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/documento.asp?id=3>

- Trasplante aislado de páncreas
AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/documento.asp?id=3>

- Interventional and Intraoperative Magnetic Resonance Imaging
AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca/hta

- Low Density Lipoprotein Apheresis for the Treatment of Familial Hypercholesterolemia
AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca/hta

- Cribado neonatal de hemoglobinopatías
AVALLIA-T Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento
<http://avalia-t.sergas.es/>

- Lavado de semen en parejas VIH serodiscordantes para su uso en técnicas de reproducción humana asistida.
CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
www.aatrm.net

- Evaluación de la evidencia científica del uso de la proteína C activada recombinante - rotrecogin alfa (activada)- en la sepsis grave

GUÍA CLÍNICA PARA INFORMAR DURANTE EL EMBARAZO

Introducción: El embarazo es un acontecimiento natural que se desarrolla normalmente para la mayoría de las mujeres. Con el fin de identificar las eventuales complicaciones y de mejorar el confort y la vivencia de cada mujer embarazada, es necesario hacer un seguimiento del embarazo.

En este contexto, la información aportada por los profesionales de salud en las consultas prenatales tiene una incidencia positiva sobre el desarrollo del embarazo y sobre la salud del recién nacido. La información tiene como

objetivos favorecer la participación activa de la mujer y permitirle tomar, junto al profesional sanitario, las decisiones relativas a su salud, en cumplimiento, además, de la legislación.

Para la mujer el inicio del embarazo es un momento ideal para elaborar un plan de seguimiento del embarazo y la lactancia y para iniciar la sensibilización y toma de conciencia sobre el riesgo de un eventual comportamiento de riesgo para su salud y la de la criatura.

Para los profesionales de salud el embarazo representa una oportunidad de abrir un dialogo con los futuros padres.

Objetivos: Describir el conjunto de recomendaciones que los profesionales de salud deben hacer a la mujer embarazada sana y en la que el embarazo no supone un problema de salud, cuando acuden a la consulta prenatal, así como las condiciones en las que se aporta dicha información. Las estrategias terapéuticas de eventuales patologías que puedan ocurrir durante el embarazo no se incluyen.

Las recomendaciones conciernen a todos los profesionales implicados en la atención perinatal, reagrupada o no en redes de salud, en concreto matronas, medicina de familia, ginecología y obstetricia. Las misiones de estos profesionales incluyen la información a las mujeres y sus parejas a lo largo del embarazo.

Método: Se trata de la adaptación francesa de las de las recomendaciones del National Institute for Clinical Excellence (NICE) "Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman" publicadas en octubre de 2003, completadas con una revisión de la literatura francesa, cuando era necesaria una adaptación cultural.

Cada artículo seleccionado ha sido analizado según los principios de lectura crítica de la literatura con la ayuda de guías que han permitido atribuir a cada uno un nivel de evidencia científica. Sobre esta base el grupo de trabajo propuso, siempre que fue posible las recomendaciones, que fueron ponderadas según el grado de calidad de la evidencia científica.

Resultado: Las recomendaciones se aplican a todos los aspectos de seguimiento del embarazo incluyendo:

Información de todas las mujeres embarazadas del beneficio que para ella y su bebé

supone un seguimiento regular de su embarazo. Este seguimiento será completado con una educación prenatal en el contexto de sesiones de preparación al parto. Esta información ha de estar basada en los hallazgos de la literatura científica y la legislación vigente.

Apoyar esta información, y considerar al aportarla el estilo de vida y la situación psicosocial de la mujer.

Conclusiones: El análisis de la literatura y las discusiones en el seno del grupo de trabajo han permitido hallar cierto número de trabajos o de orientaciones que permitieran mejorar la información y la atención de las mujeres embarazadas.

De la definición del riesgo obstétrico basal dependerá la atención y la organización del sistema de cuidados. Será recomendable que se estudien los niveles de riesgo y que se establezca un consenso profesional.

Los resultados de estudios procedentes de otros contextos son difícilmente aplicables, a pesar de tener un nivel de evidencia elevado. Por lo mismo, la calidad y la organización del seguimiento obstétrico son evaluadas desde estudios extranjeros.

El desarrollo del parto normal y patológico deberá ser objeto de próximas recomendaciones.

Referencia: Comment mieux informer les femmes enceintes?. Recommandations pour les professionnels de santé. Haute Autorité de Santé (HAS). Avril, 2005.

USO TERAPÉUTICO DEL CANNABIS

Objetivo: El objetivo de las respuestas rápidas es orientar al solicitante sobre mas aspectos concretos de la tecnología y plantear posibles líneas de trabajo. En este caso se centra en recopilar los documentos más relevantes y sintetizar sus conclusiones, proporcionando información que valore la seguridad y la potencial eficacia/efectividad del uso terapéutico del cannabis, centrándonos en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Metodología: Se realizó una búsqueda para localizar informes de agencias de evaluación, revisiones sistemáticas, así como otros documentos relevantes para la toma de decisiones (legislación, etc). Se usaron las siguientes bases de datos: Red Internacional de Agencias de Evaluación (INAHTA), Cochrane Library (2005, Issue 1) y EuroScan. Se buscó en los sitios WEB de agencias no incluidas en INAHTA y de instituciones internacionales y proveedores que elaboran informes para sus sistemas sanitarios: National Institute of Clinical Excellence (NICE), Wessex Institute, King's Fund, Food and Drug Administration (FDA), Institute of Medicine (IOM), Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se seleccionaron todas las revisiones sistemáticas, informes completos, y recomendaciones, que hayan evaluado el uso terapéutico del cannabis.

Se realizó una lectura y una síntesis cualitativa, valorando para ello la metodología empleada en la realización de los distintos estudios, así como la fecha de su realización.

Resultados: Se han encontrado revisiones sistemáticas en dos indicaciones: control de

las náuseas y los vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia, y control del dolor.

Respecto a las náuseas y los vómitos, aunque los cannabinoides fueron ligeramente mejores que los antieméticos con los que se compararon, los efectos adversos fueron frecuentes. Con la evidencia disponible, no debería recomendarse su uso generalizado, aunque sí podría considerarse como una opción en pacientes en los que el resto de tratamientos no sean efectivos. Esta posibilidad de dispensación ya está cubierta con la disponibilidad en los hospitales de la nabilona como medicamento extranjero.

Respecto al dolor, fue el de tipo oncológico el más estudiado, aunque con resultados contrapuestos. Con los datos disponibles, todavía no podríamos considerar los cannabinoides como una opción en el tratamiento de ninguno de los tipos de dolor, aunque parece que existen posibilidades terapéuticas que se deberían investigar.

Conclusiones: No se ha encontrado suficiente evidencia para respaldar el uso de los cannabinoides en las otras indicaciones, aunque existen indicios que deberían ser considerados a la hora de plantear nuevas investigaciones, especialmente en los síntomas de la esclerosis múltiple.

Referencia: Román Villegas. Utilidad Terapéutica del Cannabis. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía (AETSA); 2005.

EXPLORACIÓN DEL COLON CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLON

Introducción: La tomografía computarizada de colon (TCC) fue introducida en 1994 en los Estados Unidos como una técnica de diagnóstico para la detección del cáncer de colon y recto y los pólipos. Se considera que la técnica es potencialmente útil para el cribado del cáncer colorectal (CC), pero el Servicio Nacional de Salud de Dinamarca no recomienda el cribado generalizado para el CC.

El presente informe es una evaluación de la TCC comparada con la colonoscopia convencional, basada en datos del período enero de 1999 a mayo 2002. El informe está orientado a los jefes de servicio para ayudarles a la toma de decisiones respecto a incorporar esta tecnología diagnóstica. El formato del informe es distinto al que habitualmente se presenta.

Aspectos claves: para ayudar a la toma de decisiones, los autores proponen tener en cuenta las siguientes preguntas claves:

- ¿Cómo puede prepararse mejor al paciente para la exploración?
- ¿Cómo se realiza mejor el análisis de las imágenes de la TCC?
- ¿Cuál es la precisión que ofrece la TCC en comparación con colonoscopia en la detección del CC y los pólipos (sensibilidad y especificidad) incluyendo la variación interobservador y las causas de diagnósticos

incorrectos en la población danesa susceptible de recibir una colonoscopia?

- ¿Hasta qué punto las anomalías requieren de mayor investigación o tratamiento cuando se detectan fuera del intestino?
- ¿Cómo es la experiencia de los pacientes con la TCC, incluyendo dolor y otras disconformidades, comparado con la colonoscopia?
- ¿Cuán coste-efectiva es la TCC comparada con la colonoscopia, cuando los costes marginales en el hospital se calculan teniendo en cuenta la efectividad de la exploración? ¿Cuáles son los costes de la detección de pólipos con la TCC en comparación con la colonoscopia?
- ¿En qué pacientes es relevante la realización de la TCC, tanto como primer técnica diagnóstica como si se realiza complementariamente a la colonoscopia?
- ¿Qué nivel de experiencia se requiere en el personal de radiología y TER para que la exploración se realice de la forma adecuada?

Metodología: En el informe se presentan las respuestas a estas preguntas agrupadas en: la tecnología, pacientes, aspectos económicos y organización, haciendo un análisis pormenorizado de cada una de ellas, que no es posible resumir aquí.

Conclusiones y recomendaciones: Los resultados que se presentan en este informe han sido obtenidos a partir de una situación de investigación y no en las condiciones de la práctica clínica habitual, lo que puede generar una precisión diagnóstica más pobre y un tiempo de exploración mayor que en la práctica habitual.

Teniendo en cuenta lo expresado las conclusiones y recomendaciones del grupo investigador son las siguientes:

- La TCC se utilizará en el servicio de salud de Dinamarca, pero no de forma generalizada como primera exploración, reemplazando a la colonoscopia en pacientes con CC.
- La TCC reemplazará a la enema de bario en colonoscopia incompleta.
- La TCC debe ser considerada primera prueba exploratoria en aquellos pacientes que se sepa, por información anterior, que su intestino es de difícil exploración, como por ejemplo cuando es largo y sinuoso, cuando hay estenosis, etc. Y pacientes con experiencias traumáticas recientes con la colonoscopia, tanto físicas como psíquicas, que les hayan producido dolores severos en el intestino.
- La TCC se utilizará en el caso de personas mayores o que están débiles cuando fuera requerida la asistencia de un anestesiista para la colonoscopia. Los principales argumentos para estos casos son el riesgo y los costes asociados a la anestesia.
- Los prerrequisitos para la TCC son la infraestructura tecnológica, un radiólogo entrenado y con experiencia en TCC y asegurar la calidad mediante doble exploración con TCC y colonoscopia en pacientes determinados, que requieran de seguimiento de largo plazo realizado por el Registro Danés de Cáncer.

El cannabis se ha utilizado en pacientes sometidos a quimioterapia y en el control del dolor.

La colonografía, TCC, no debe considerarse como primera prueba diagnóstica.

CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
www.aatrm.net

- Impact of radiation wait times on risk of local recurrence of breast cancer: early stage cancer with no chemotherapy
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
<http://www.ccohta.ca>

- Endoscope-based treatments for gastroesophageal reflux disease
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
<http://www.ccohta.ca>

- Economic Evaluations in International Health Technology Assessments - A Study of Methodologies
DACEHTA Danish Centre for Evaluation and HTA
www.dacehta.dk

- Integration of hepatitis B vaccination in the national immunisation programme in Denmark
DACEHTA Danish Centre for Evaluation and HTA
www.dacehta.dk

- Compte rendu opératoire en chirurgie orthopédique avec arthroplastie
HAS (ANAES) Haute Autorité de santé/French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Medical follow-up of patients with asthma - Adults and adolescents -
HAS (ANAES) Haute Autorité de santé/French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Evaluation des risques préopératoires
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
[kenniscentrum.fgov.be](http://www.kenniscentrum.fgov.be)

- Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
[kenniscentrum.fgov.be](http://www.kenniscentrum.fgov.be)

- Primary Angioplasty for the Treatment of Acute ST-Segment Elevated Myocardial Infarction
MAS Medical Advisory Secretariat
health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/mas_mn.html

- Video Laryngoscopy for Tracheal Intubation
MAS Medical Advisory Secretariat
health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/mas_mn.html

