

Respuesta de los autores

Sr. Editor:

En septiembre de 2005 publicamos en ANALES un artículo especial sobre la evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia¹, que en aquel momento se acompañó de la simultánea publicación de una juiciosa editorial firmada por el presidente de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia en Recién Nacidos (CODEPEH)². Un año después recibimos la carta al editor del Dr. Sequí, en la que afirma de nuestro artículo que “se nota *a priori* que está en contra y utiliza los números que quiere adornados de estadísticas irrefutables para discutir lo indiscutible sin plantear alternativas reales que mejoren las necesidades del diagnóstico precoz...”. Aseguro que los autores (un pediatra y dos compañeros de Medicina Preventiva y Salud Pública) no teníamos ninguna actitud apriorística en el planteamiento de este trabajo, basado en una revisión rigurosa y crítica de la literatura especializada sobre las pruebas y programas de detección precoz de enfermedades, en general, y sobre el cribado universal de la hipoacusia en el recién nacido, en particular^{1,3}.

Dado que se actúa sobre población sana, la medicina preventiva necesita un soporte de evidencia científica (en relación con la tríada beneficios-perjuicios-costes) más fuerte, si cabe, que las intervenciones terapéuticas y/o diagnósticas, y en el que cabe tener muy en cuenta en su valoración los conceptos de punto crítico de irreversibilidad, sesgos de las pruebas de cribado (sesgo de adelanto del diagnóstico, sesgo de duración de la enfermedad y sesgo de participación), sobrediagnóstico (falsos positivos, con el consiguiente fenómeno de etiquetado y efecto cascada), así como la diferenciación entre el cribado de masas frente al cribado prescriptivo^{1,3}. Utilizamos en nuestro estudio de ANALES el coherente esquema de evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia de US Preventive Service Task Force (USPSTF) del año 2001, con actualización de las pruebas científicas hasta el año 2005, y en el que se incluían los trabajos de prestigiosas entidades de investigación en este tema como Joint Committee on Infant Hearing, American Academy of Pediatrics, American Academy of Audiology, Statement

European Consensus Development on Neonatal Hearing Screening, Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia del Ministerio de Sanidad y Consumo, Programa de Actividad Preventiva y Promoción de la Salud (PAPPS) y grupo PrevInfad, CODEPEH, así como grupos de estudio nacionales (entre los que incluimos en la bibliografía varios estudios del Dr. Sequí) y extranjeros. Es cierto que comentamos los artículos de Bess y Paradise en Pediatrics, polémicos en su momento por las objeciones que planteaban a los programas de cribado de la hipoacusia neonatal, pero no es menos cierto que también citamos los estudios de autores claramente defensores del cribado universal, como los grupos de la Universidad de Colorado, liderados por C. Yoshinaga Itano y los grupos de la Universidad de Southampton, liderados por C.R. Kennedy, entre otros.

Los datos estadísticos reflejados en nuestro artículo (incidencias, sensibilidad, especificidad, valores predictivos, etc.) proceden de la literatura médica consultada, a nuestro entender fuentes fiables y contrastadas. Todos conocemos que la práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible, y el mecanismo en la toma de decisiones se sustenta en el manejo de la incertidumbre médica, incluso en la incertidumbre del gran intervalo en los datos estadísticos publicados. Pero esta realidad de la medicina no implica que se pueda calificar de “error de bulto” a los datos que aportamos, y será cada pediatra, lector potencial de la literatura científica, quien debe valorar la validez, relevancia y aplicabilidad de los datos aportados por nuestro artículo científico. Así, el valor predictivo positivo (VPP) entre 2,2 y 6,7% de las pruebas de detección precoz de hipoacusia congénita en población general procede de la revisión de 10 publicaciones detectadas por la USPSTF (un ensayo clínico, cuatro programas estatales y cinco programas hospitalarios), frente a un VPP de 20% en recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia, y siempre referido a hipoacusias moderadas a profundas, que son el objetivo real de estos programas de cribado^{1,4}. A este respecto, los datos aportados en los estudios españoles a los que se refiere el Dr. Sequí (estudio del hospital de Cabueñes, VPP = 50% y estudio de hospitales de Cantabria, VPP = 49,2%) hace referencia al VPP tras la segunda prueba de otoemisiones acústicas para todas las formas de hipoacusia, frente a lo que no hay objetivos internacionalmente aceptados⁵; los objetivos aceptados hacen referencia al VPP para las hipoacusias graves, establecido como $\geq 8\%$ y en el que los estudios previos aportan cifras de 12,5 y 7,9%, respectivamente. Si contabilizamos las situaciones de hipoacusia leve y/o unilateral, estaremos sobreestimando la verdadera utilidad del cribado, pues consideramos como verdaderos positivos casos con enfermedad poco significativa a la hora de plantear el “punto crítico de irreversibilidad” en la etapa subclínica de la enfermedad y el “tiempo de adelanto diagnóstico” de una prueba de cribado frente al diagnóstico clínico usual en la etapa clínica, así como el verdadero valor a largo plazo de un diagnóstico y tratamiento precoz de la hipoacusia bilateral moderada a profunda. En cualquier caso, remitimos al lector interesado en profundizar en estos términos al artículo que publicamos al respecto en la revista oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial⁶.

No entiendo que los estudios de la USPSTF no sean “referente actual para los expertos en el tema”. Cualquier prueba científica planteada con solidez metodológica debe tenerse en cuenta, y la USPSTF está considerado uno de los organismos más

importantes en el estudio y análisis de las actividades preventivas, auspiciado por la Agency of Healthcare Research and Quality. En este sentido, tras la publicación de nuestro artículo en ANALES, se publicó la revisión sistemática de la Cochrane Iberoamericana⁷ con unas conclusiones similares a nuestro estudio: la falta de estudios de calidad impiden establecer la efectividad a largo plazo de los programas de cribado auditivo universal en comparación con los programas de cribado selectivos, y se propugna la necesidad de ensayos controlados y estudios del tipo antes y después (*before and after studies*) para abordar este tema con mayor profundidad. La Cochrane Iberoamericana plantea tres preguntas clave, no diferentes a las previamente planteadas por la USPSTF y que analizamos en nuestro artículo⁷: ¿el cribado universal tiene una mejor distribución temporal que el cribado selectivo, y resulta en un mayor número de recién nacidos identificados por un retraso de referencia?, ¿en qué proporción la identificación temprana de tal sordera resulta en un tratamiento precoz?, ¿el tratamiento precoz mejora los resultados a largo plazo en los niños con deficiencia auditiva? En este sentido, y de forma similar a lo que planteamos en nuestro artículo¹, la Cochrane Iberoamericana propone realizar estudios que eviten los errores aleatorios y sistemáticos (sesgos) habituales en los artículos publicados hasta la fecha, con el uso de variables resultado pertinentes y validadas (en áreas del lenguaje y capacidad cognitiva) y control de los factores de confusión (edad al momento del diagnóstico, edad al inicio del tratamiento, características de los patrones de referencia y tratamientos realizados).

El debate sobre las pruebas de cribado es habitual en la literatura científica, englobando distintos períodos de edad (período neonatal, infancia, edad adulta) y patologías (hemoglobinopatías, hemocromatosis hereditaria, cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, etc.). El debate que proponíamos en ANALES sobre el cribado de hipoacusia, realizado con rigor científico y extremo respeto a los profesionales directamente implicados en esta materia, en nada se parece a la afirmación de que “queremos seguir sin ninguna intención de mejorar, en base a justificaciones interesadas de personas no implicadas directamente en el tema”. Al igual que el Dr. Sequí trabajó en un servicio de pediatría de un hospital secundario de la Comunidad Valenciana, que tiene implementado el cribado universal de hipoacusia desde hace más de 5 años; y ambos compartimos el interés de atender a nuestros pacientes en base a criterios de gestión de calidad total. Por ello, y pese al tono airado de alguna de sus afirmaciones, quiero expresar al Dr. Sequí que son más los aspectos que nos unen que los que nos separan en este tema, pues ambos deseamos implementar una práctica clínica apropiada (en sus tres componentes: científico-técnico, relacional-percibido y organizativo-económico) en el cribado universal de hipoacusia, y para ello nada mejor que seguir atentos a los relevantes estudios que vayan apareciendo⁸⁻¹⁰.

J. González de Dios

Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario San Juan.
Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Correspondencia: Dr. J. González de Dios.
Correo electrónico: gonzalez_jav@gva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Dios J, Mollar Maseres J, Rebagliato Russo M. Evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:230-7.
2. Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:193-8.
3. González de Dios J, Mollar Maseres J, Rebagliato Russo M. Evaluación de las pruebas y programas de detección precoz (cribado o screening) de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:593-617.
4. U.S. Preventive Service Task Force. Newborn hearing screening. *Am Fam Physician*. 2001;64:1995-9.
5. American Academy of Pediatrics. Task Force on Newborn and Infant Hearing. Newborn and infant hearing loss: Detection and intervention. *Pediatrics*. 1999;103:527-30.
6. González de Dios J, Mollar Maseres J. Cribado universal de hipoacusia neonatal: Evaluación de la prueba frente a evaluación del programa. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005;56:331-4.
7. Puig T, Muncio A, Medà C. Cribaje (screening) auditivo neonatal universal versus cribaje (screening) selectivo como parte del tratamiento de la sordera infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [en línea] [fecha de consulta: 21-I-2006]. Disponible en: <http://www.Update-software.com> (Traducida de The. Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.)
8. Wake M, Poulakis Z, Hughes EK, Carey-Sargeant C, Rickards FW. Hearing impairment: A population study of age at diagnosis, severity, and language outcomes at 7-8 years. *Arch Dis Child*. 2005;90:238-44.
9. Weichbold V, Nekahm-Heis D, Welzl-Mueller K. Universal newborn hearing screening and postnatal hearing loss. *Pediatrics*. 2006;117:e631-e6.
10. Schoeder L, Petrou S, Kennedy C, McCann D, Law C, Watkin PM, et al. The economic costs of congenital bilateral permanent childhood hearing impairment. *Pediatrics*. 2006;117:1101-12.