e-notas
notas de evaluación

Año 2017

Editoriales

1: Nota editorial

8: Sobre biosimilares

11: Moda o ¿Qué pueden aportar las estrategias del No Hacer?

Reseñas de investigación

4: Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del área suroccidental de Asturias

7: Exposición a contaminación atmosférica en la cohorte INMA-Asturias

Notas Metodológicas

2: Comunidades de Práctica y Aprendizaje I. Definición, características y mejora de la Gestión del Conocimiento dentro de la organización.

6: Comunidades de Práctica y Aprendizaje II. AsturSalud Comunidades

10: Biblioteca Virtual gcSalud VIII. Gestores Bibliográficos: Zotero.

12: Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias

Informes de Evaluación

5: Coste-efectividad del Test prenatal no invasivo (TPNI), para la detección prenatal del Síndrome de Down, mediante la determinación de DNA fetal en sangre materna

9: Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix

13: Análisis para la Estrategia de la Cooperación de la Innovación Europea sobre el Envejecimiento activo y saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el período 2016-2020

Guías de Práctica Clínica

3: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS

Nota editorial

Editorial

1/02/2017

Consejo director
Febrero 2017

En la última reunión del Comité Editorial de e-Notas se decidió realizar algunos cambios en el formato y periodicidad de la revista. El propósito de dichos cambios es favorecer una mayor frecuencia de publicación de las secciones y aumentar la difusión en las redes sociales. Para ello, a partir de este momento, se dejará de publicar el número trimestral de la revista, para pasar a editar los artículos separadamente. De esta manera, el portal de la revista mostrará el artículo más reciente, que además estará archivados en la sección correspondiente.

Para favorecer la difusión contamos con la cuenta de Twitter **@e_notas**, que pueden seguir y a través de la cual informaremos de las novedades.

También se ha actualizado el Comité Editorial y las personas que han colaborado hasta la fecha con sus artículos. Les invitamos a echar un vistazo, en la pestaña **¿Quienes somos?**

En el año 2010, el cambio a la versión digital de e-Notas significó un gran salto en accesibilidad y difusión de la revista, mejorando nuestra presencia. El Comité Editorial confía en que esta nueva modalidad, que aumenta la frecuencia de publicación, suponga un nuevo salto en el número de lectores y lectoras.

Desde el Consejo Director aprovechamos para agradecer sinceramente a lectores, lectoras, colaboradores y colaboradoras su contribución a la revista, mediante sus manuscritos, comentarios, sugerencias y difusión.

e-notas de evaluación
Autores/as: *Consejo director*
Título: *Nota editorial*
Nº *1 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Sobre biosimilares

Editorial

28/07/2017

Gracia M. Modroño-Riaño. Farmacéutica

Atención Primaria. Área Sanitaria V. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

En los últimos años se está hablando mucho de medicamentos biosimilares, especialmente desde la comercialización de biosimilares de anticuerpos monoclonales. Consideramos que es adecuado aclarar las que, en nuestra opinión, son las principales dudas sobre biosimilares para minimizar el riesgo que señala el Dr. Francisco Salmerón García: que en España está habiendo muchos movimientos y actuaciones para que los biosimilares no puedan ser una competencia real ante los medicamentos de marca, eso a pesar de que se están autorizando cumpliendo unos requisitos exigentes.

QUE SON LOS BIOSIMILARES

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico que es similar a otro medicamento biológico que lleva tiempo comercializado y que se considera el 'medicamento de referencia'. Medicamento biológico es aquel que se fabrica empleando sistemas vivos y utilizando la biotecnología.

Cada fabricante de medicamentos biológicos, incluidos los de biosimilares, tiene sus propias líneas celulares y desarrolla sus propios y exclusivos procesos de fabricación. Ninguna línea celular desarrollada de forma independiente puede considerarse idéntica a otra. Este es el motivo por el que los medicamentos derivados de métodos biológicos no pueden copiarse totalmente. En reconocimiento de lo anterior, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha adoptado el término 'biosimilar'.

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS O BIOFÁRMACOS

La producción de medicamentos biológicos utiliza procesos tales como la fermentación y la purificación, procesos que son extremadamente sensibles, por lo que es fundamental que, para todos los medicamentos biológicos, se controlen de un modo preciso. Así se consigue obtener resultados consistentes y se garantiza la seguridad y la eficacia del producto final.

Los biofármacos presentan una inherente variabilidad molecular por lo que son más difíciles de caracterizar que los medicamentos de molécula pequeña de origen químico. Esto afecta incluso a los distintos lotes del mismo biofármaco (con independencia de que sea un medicamento de referencia o un medicamento biosimilar). Esta variabilidad inherente de todos los productos biofarmacéuticos está sujeta a un control estricto por parte de fabricantes y autoridades reguladoras, y debe permanecer dentro de los límites aceptados y predefinidos.

Los medicamentos biológicos presentan cierto potencial de ser reconocidos por el cuerpo como sustancias extrañas y, en consecuencia, tienen el potencial inherente de inducir reacciones inmunes, lo que se conoce como inmunogenicidad.

PRINCIPIO DE COMPARABILIDAD

Los biosimilares y en general los medicamentos biológicos tienen que cumplir el principio de comparabilidad. Este principio de comparabilidad se aplica cada vez que hay un cambio en el proceso de fabricación. Su objetivo es asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento producido por el nuevo proceso de fabricación y que dicho proceso no va a tener ningún impacto negativo sobre el producto final.

Es habitual que en el proceso de fabricación de un medicamento biológico original sea necesario realizar cambios, por ejemplo, para incrementar el rendimiento en la producción del medicamento, cambios que habitualmente no trascienden. Estos cambios se rigen por el principio de comparabilidad al igual que la fabricación de biosimilares.

Además, en la Unión Europea (UE) para los biosimilares se incluyen siempre estudios clínicos, puesto que se utilizan procesos de fabricación completamente independientes, para asegurar que no hay diferencias entre el nuevo producto y el de referencia.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS BIOSIMILARES

La producción de medicamentos biosimilares tiene que cumplir los mismos requisitos de calidad establecidos por la UE, conocidos como Normas de Correcta Fabricación (GMP), que el resto de medicamentos biológicos. El cumplimiento de estas directrices GMP se verifica por medio de inspecciones habituales realizadas por las autoridades competentes.

Además, se rigen por disposiciones legales específicas que incluyen exigentes estándares en materia de calidad, seguridad y eficacia. La comercialización de un medicamento biosimilar requiere que se haya demostrado su similitud con el medicamento de referencia de acuerdo con los métodos establecidos por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) y por las directrices científicas sobre medicamentos biosimilares específicas de la EMA. Para los biosimilares la comparabilidad tiene que cumplir tres etapas:

- Etapa 1: comparabilidad en cuanto a calidad (comparabilidad físico-química y biológica)
- Etapa 2: comparabilidad no clínica (estudios no clínicos comparativos)
- Etapa 3: comparabilidad clínica (estudios clínicos comparativos)

Los medicamentos biosimilares se han utilizado en la práctica clínica en el ámbito de la Unión Europea desde 2006. La novedad de estos últimos años es la aparición en el mercado de biosimilares de anticuerpos monoclonales.

Los biosimilares favorecen la competencia, ofrecen un mejor acceso de los pacientes a medicamentos biológicos y contribuyen a la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios de la UE.

Cuando se autoriza un biosimilar esta autorización de comercialización es válida en todos los Estados miembros de la UE. Sin embargo, la intercambiabilidad entre biosimilares y originales se regula en cada país.

INDICACIONES DE LOS BIOSIMILARES

Los productos biofarmacéuticos, al igual que los de origen químico, suelen utilizarse para más de una indicación terapéutica. En la UE es posible extrapolar para el biosimilar, indicaciones reconocidas para el medicamento de referencia que no se hayan estudiado específicamente durante el desarrollo clínico del biosimilar. Esto se hace cuando existe la correspondiente justificación científica que permite al biosimilar acogerse a los datos clínicos obtenidos a partir de la amplia experiencia del producto de referencia. Corresponderá al Comité de medicamentos de uso humano (CHMP) de la EMA determinar en cada caso si la extrapolación a varias indicaciones es o no aceptable. La base científica para la extrapolación de indicaciones se describe en la literatura científica relevante y en documentos de las autoridades sanitarias, que están disponibles para el público en general.

¿SE PUEDE CAMBIAR EL TRATAMIENTO CON UN MEDICAMENTO BIOLÓGICO POR SU BIOSIMILAR?

Las recomendaciones sobre intercambiabilidad y sustitución están fuera del ámbito de actuación de la EMA, se establecen en cada estado miembro.

Hay datos científicos que avalan la intercambiabilidad entre un fármaco y su biosimilar. Recientemente se acaba de publicar el estudio NOR-SWITCH en el que se compara infliximab de referencia con su biosimilar. Infliximab es un anticuerpo monoclonal indicado en enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, artritis psoriásica, psoriasis en placas y espondilitis anquilosante. NOR-SWITCH es un Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, de 52 semanas de duración, financiado por el gobierno noruego cuyo objetivo es estudiar si al cambiar el infliximab de referencia al biosimilar se mantiene la eficacia, la seguridad y la inmunogenicidad. Se utiliza un diseño de no inferioridad que es el adecuado en un estudio en el que se quieren comparar dos estrategias que se cree que son iguales. Se incluyen pacientes de todas las patologías para las que está indicado infliximab que lleven al menos 6 meses de tratamiento y que estén estabilizados. Se aleatorizan 482 pacientes en proporción 1:1 a cambiar al biosimilar o a seguir con el original, ambos con la misma pauta que venían utilizando. La eficacia se mide usando la escala validada en cada enfermedad (PASI en psoriasis, por ejemplo). El análisis se hace por protocolo (el adecuado en estudios de no inferioridad) y encuentran que el cambio de infliximab de referencia al biosimilar no es inferior a continuar con el de referencia: hay una diferencia absoluta de riesgo de -4,4% (IC 95% de -12,7 a 3,9) dentro del margen de -15% fijado para establecer la no inferioridad. Tampoco hubo diferencia en los efectos adversos ni en la inmunogenicidad. Los resultados del NOR-SWITCH confirman los resultados preliminares de los estudios PLANETAS (pacientes con espondilitis anquilosante) y PLANETRA (pacientes con artritis reumatoide).

QUÉ DICEN LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS ESPAÑOLAS SOBRE BIOSIMILARES

El grupo “Medicines for Europe” publicó un documento con las opiniones de muchas sociedades científicas europeas sobre biosimilares. En el caso de España recoge la que emitieron en 2013 la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) junto con la Sociedad Española de Farmacología (SEF), la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Asociación Española de Dermatología y Venereología (AEDV). También la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) han publicado sus posicionamientos al respecto.

Estas recomendaciones de las sociedades científicas se pueden resumir en dos puntos:

1. Que cuando se haga el cambio entre biosimilares y originales cuente con autorización médica: Este requisito no entra en conflicto con el sistema existente en los hospitales españoles, en el que hay una selección consensuada de los medicamentos que van a estar disponibles en el hospital, tal y como recoge la SEFH en su carta de septiembre de 2015.
2. Que el cambio cuente con el consentimiento del paciente. Con esta condición no aportan nada, ya que este es un requisito universal que se debe dar siempre: los pacientes estando en el pleno uso de sus facultades y después de recibir la información adecuada deben dar su conformidad para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud. En este punto hay que recordar que la relación entre los pacientes y los profesionales sanitarios resulta decisiva para garantizar la toma de decisiones óptimas en cuanto a tratamientos/atención sanitaria y obtener los mejores resultados para cada paciente atendiendo siempre a los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

BIOSIMILARES Y SOSTENIBILIDAD

Los biosimilares permiten disponer de medicamentos biológicos de los que se tiene amplia experiencia de uso, aportando todas las garantías de calidad y de comparabilidad, y a un coste más adecuado. Es decir, favorecen la

competencia, ofrecen un mejor acceso de los pacientes a medicamentos biológicos y contribuyen a la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios de la UE.

La sostenibilidad es un reto importante en este momento, ya que el gasto sanitario sigue una progresión ascendente continuada. El coste de los medicamentos adquiridos para su uso o dispensación en los Hospitales está creciendo a una media de un 11% cada año, según datos de farmaindustria, y está a punto de igualarse al gasto de los medicamentos por receta, este último supuso en 2016 un total de 9.913 millones de euros. Ante este escenario de un gasto alto y creciente es importante recomendar actuaciones viables, es decir que se adapten a los condicionantes locales, incluido su coste.

Bibliografía

1. *Lo que debe saber sobre los medicamentos biosimilares. Documento informativo de consenso. 2013, Comisión Europea. Disponible en: ec.europa.eu/DocsRoom/documents/8242.Fecha de última consulta: 14/06/2017.*
2. *Positioning Statements on Physician-led Switching1 for Biosimilar Medicines. Medicines for Europe. Disponible en: ec.europa.eu/DocsRoom/documents/8242.Fecha de última consulta: 14/06/2017.*
3. *Jorgensen KK, Olsen IC, Goll GL et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-WITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. Lancet. 2017; 389(10): 2304-16.*
4. *The switch to infliximab biosimilars. Lancet. 2017; 389(10): 2266-8.*
5. *Medicamentos biosimilares: aclarando conceptos. INFAC .2016; 24 (3). Disponible en: Enlace Fecha de última consulta: 12/01/2017.*
6. *Ley 41/2002 De 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
7. *Datos de facturación de Receta Médica 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: Enlace Fecha de última consulta: 30/06/2017.*
8. *Documento de posicionamiento sobre fármacos biosimilares de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
9. *Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología sobre fármacos biosimilares. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
10. *Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología sobre fármacos biosimilares. Reumatol Clin. 2015;11(5):269–78. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
11. *Posición conjunta de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Sociedad Española de Farmacología sobre el tratamiento con biosimilares en la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2013; 105 (1): 37-43. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
12. *Escrito de la Sociedad Española Farmacia Hospitalaria, 2015. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
13. *Posicionamiento SEOM sobre los Anticuerpos Biosimilares 2015. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 06/07/2017.*
14. *Grupo de Psoriasis de la AEDV. Fármacos biosimilares en psoriasis: informe de posicionamiento. Actas Dermosifiliogr. 2015; 106(4):249-251.*
15. *¿Cuál es la aportación a la sostenibilidad del sistema sanitario que realiza el biosimilar? Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 26/06/2017.*
16. *El gasto hospitalario superó al farmacéutico en 2015. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 26/06/2017.*
17. *Salmerón García.F La captura de la política sanitaria y las sociedades científicas por los intereses comerciales: vacunas del meningo B y la varicela. Disponible en: http://www.nogracias.eu/2017/04/02/la-captura-de-la-politica-sanitaria-y-las-sociedades-cientificas-por-los-interes Fecha de última consulta: 15/06/2017.*
18. *Campillo-Artero C, Ortún V. Sostenibilidad del sistema sanitario: más allá de los análisis de coste efectividad. Respuesta. Rev Esp Cardiol. 2016; 69 (9): 881.*
19. *Análisis de la evolución del gasto farmacéutico público en España. Farmaindustria, febrero 2017. Disponible en: Enlace. Fecha de última consulta: 26/06/2017.*

e-notas de evaluación
Autores/as: *Gracia M. Modroño-Riaño. Farmacéutica*
Título: *Sobre biosimilares*
Nº *8 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Moda o ¿Qué pueden aportar las estrategias del No Hacer?

Editorial

2/11/2017

Elvira Muslera Canclini

Responsable de la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)

Partamos de dos conceptos –el uso adecuado de pruebas diagnósticas y terapéuticas y la variabilidad de la práctica clínica- distintos, pero complementarios. Según relatan Martín S. et al (2015), los estudios de Berwick en EE. UU mostraron que el 20-25% de la práctica clínica dominante no suponía ningún beneficio para el paciente. Ya fuera por falta de adopción de sistemas de seguridad de pacientes, prácticas preventivas eficaces, uso excesivo y generalizado de pruebas, intervenciones y/o tratamientos, como por escasez, cuando no ausencia, de coordinación en la prestación de cuidados o por fallos en su ejecución. Pero lo más preocupante sería constatar la afirmación de Graham et al, que el 20-25% de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que se realizan, y no están basadas en evidencias científicas, producirían perjuicios en la salud de los pacientes. En cualquiera de los casos nos encontraríamos en situaciones claras de uso inadecuado de los recursos sanitarios.

El segundo concepto mencionado es la variabilidad de la práctica clínica (VPC), sus causas no están exactamente establecidas, pero varían según tipos de pacientes, servicios y entornos. Las características de los pacientes, su diagnóstico, edad, comorbilidad, gravedad, explicaría la parte *legítima* de la variabilidad en los estudios de base individual. Pero estas características (Peiró S y Bernal E, 2012) no aclaran por qué pacientes similares reciben tratamientos muy diferentes, y apenas explican la variabilidad entre territorios vecinos con poblaciones epidemiológicamente equivalentes. La hipótesis causal más extendida sugiere que la incertidumbre (entendida como la ausencia de evidencias científicas y/o consenso profesional sobre qué debe hacerse ante una situación concreta) está en la base de las VPC. También se han señalado importantes variaciones en procesos que cuentan con sólidas evidencias científicas, como la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. En estos casos, más que de incertidumbre estaríamos hablando de desconocimiento, los profesionales no conocen las evidencias o, aún conociéndolas, hacen caso omiso de ellas.

Hay diversas estrategias para intentar reducir la VPC. Partiendo de la incertidumbre se asume que el conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones médicas contribuiría a homogeneizar los estilos de práctica en torno a las decisiones más adecuadas, reduciendo así la variabilidad en la utilización de servicios.

En este escenario los agentes sanitarios han desarrollado diferentes estrategias para enfrentar el problema de la incertidumbre, tanto desde la política sanitaria (control del volumen de recursos y de la utilización de servicios) como desde la gestión sanitaria desarrollando sistemas de revisión de la adecuación, análisis comparativos de centros, de protocolización de cuidados o procesos completos y de reducción de los costes unitarios mediante el pago por proceso (Peiró S y Bernal E, 2012).

Quizá también, las estrategias del *No Hacer*, podrían considerarse una herramienta vinculada al uso adecuado de los recursos y a la VPC, ya que éstas, identifican el uso de prácticas de cuidados de salud cuyo valor e impacto es cuestionable con el fin de reducirlas.

Modelos como *Do Not Do,* que NICE realiza en el Reino Unido o C*hoosing Wisely*, de la ABIM Foundation en Estados Unidos de América, han tenido un gran desarrollo en los últimos años. Este último se extendió a Canadá y a otros 15 países como Australia, Brasil, Alemania, Israel, entre otros.

El Estado español se adhiere a estas iniciativas desarrollando el *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España* , con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Como objetivos secundarios, la estrategia se plantea evitar la yatrogenia secundaria al realizar intervenciones innecesarias; disminuir la variabilidad en la práctica clínica; contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados y contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

Son 49 las Sociedades Científicas que participan en España, de las cuales 30 han culminado el proceso de priorización, que se resumen en 135 Recomendaciones de No Hacer (RNH) aprobadas y publicadas.

El proceso de priorización fue largo y riguroso. Las Sociedades participantes escogieron 10 recomendaciones, que fueron entregadas a Guía Salud (organismo responsable de este proceso para el Sistema Nacional de Salud) quién realizó la búsqueda de la evidencia científica de las mismas. En la búsqueda se recogieron 5 recomendaciones más, de forma que quedó un panel de 15 RNH. Este panel es el que se sometió a valoración de un grupo de expertos por cada especialidad mediante el método Delphy. Una vez finalizadas las dos rondas se escogieron las 5 RNH más votadas.

La información aportada por Martín S et al, 2015 en el que el 90% de los directores de Unidad Clínica de un hospital manifestaron su acuerdo con las recomendaciones del *do not do* de NICE. Un 64% las consideraron

útiles o muy útiles, un 52% aplicables, y un 32 y 34% de muy elevada efectividad y eficiencia (respectivamente). No obstante, informaron que el 20% de las consideradas eficientes no se aplicaban.

Es decir que una vez consolidad la evidencia de las recomendaciones el paso siguiente, tan importante como el anterior, es la implementación, es decir los cambios en la práctica clínica que puedan ser verificables en resultados en la asistencia sanitaria y en salud.

¿Cómo se inicia el proyecto de implementación en Asturias? Desde la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA) se invitó a las 30 Sociedades que habían finalizado el proceso de priorización a nivel nacional, de ellas 28 respondieron positivamente. Se constituyó el grupo implementador, con las personas elegidas por sus respectivas Sociedades Científicas como representantes. Una de las primeras acciones fue evaluar el grado de difusión y seguimiento de las Recomendaciones del No Hacer (RNH) por parte de los profesionales de nuestra región, a través de una encuesta.

Entre los resultados generales se observó un conocimiento del proyecto de un 50% y 36% a nivel nacional y autonómico, respectivamente. Y un 35% no conocía las recomendaciones de su propia especialidad o las conocía y no las seguía.

También cabe destacar dos aspectos muy relevantes como son la transversalidad, que se refiere a cómo afecta las RNH a las especialidades con las que se relaciona, ya sea porque va dirigida a ella o requiere de la participación activa de esos profesionales. Y las barreras que dificultan, retrasan o impiden la implementación de las recomendaciones.

De la primera se concluye que hay RNH relacionadas con todas las especialidades y ninguna solo con si misma. El rango se encuentra entre *todas* y cuatro especialidades. Las más repetidas son medicina de familia, medicina interna, urgencias, pediatría y geriatría. Esta circunstancia pone de manifiesto la necesidad impostergable del trabajo interdisciplinar.

De la segunda, las barreras recogidas quizá sea uno de los “hallazgos” más importantes, que sin pretensión de exhaustividad, se identificaron como: presión de otros servicios para confirmar diagnóstico, desconocimiento de los circuitos asistenciales, dificultades organizativas, escasa coordinación entre servicios específicos, dificultades en la disponibilidad de quirófanos, presión asistencial, presión por parte de pacientes, dificultades en la adherencia al tratamiento, dificultades para motivar o enseñar a pacientes, poca formación o falta de actualización de profesionales, rutinas asistenciales que no se revisan, carga asistencial por la gran demanda de pruebas diagnósticas principalmente desde urgencias, práctica de la medicina defensiva, protocolos que no tiene un filtrado previo de especialista, por ejemplo radiología y van a los técnicos de rayos, falta de difusión de las recomendaciones y de protocolos consensuados

Pareciera que, identificadas la transversalidad y las barreras, actuar para que no se haga lo que no es efectivo contribuiría también a un uso más eficiente de los recursos disponibles, es decir hacer lo efectivo en el momento y lugar adecuados.

Bibliografía

Martin S, Miñarro R, Cano P, Aranda JM. Resultados de la aplicabilidad de las «do not do recommendations» del National Institute for Health and Care Excellence en un hospital de alta complejidad. Rev Calidad Asistencial 2015; 30:117-28.

Graham I, Logan J, Harrison M, Straus S, Tetroe J, Caswell W Lost in knowledge translation: time for a map. J Cont Educ Health Prof., 2006; 26: 13-14.

Palabras clave:
Compromiso calidad, No hacer, Variabilidad práctica clínica

e-notas de evaluación
Autores/as: *Elvira Muslera Canclini Responsable de la Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)*
Título: *Moda o ¿Qué pueden aportar las estrategias del No Hacer?*
Nº *11 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del área suroccidental de Asturias

Reseñas de Investigación

22/03/2017

Esther Arbesú Fernández. Técnica de Salud

Área Sanitaria 2 del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea, Asturias, España

Hace 33 años que se reguló en España la yodación de la sal para consumo humano (Real Decreto 1424/1983) con el fin de prevenir los trastornos ocasionados por déficit de yodo, y que la Consejería de Sanidad de Asturias, en colaboración con el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Central de Asturias, puso en marcha un programa de consumo de sal yodada con varias campañas de promoción de su consumo en los hogares y con un uso obligatorio en los comedores escolares. Tras su implantación se evaluó la situación nutricional respecto al yodo en cinco estudios en población escolar[1], y en el año 2000 se anunció la erradicación de la deficiencia del yodo en Asturias.

Coincidentes en el tiempo, otras comunidades autónomas que no tuvieron una política tan activa en la promoción del uso de sal yodada también alcanzaron una ingesta suficiente de yodo, tanto en los escolares que consumían sal yodada como en los que utilizaban sal sin fortificar[2,3], lo que estaba originado por un aporte añadido de yodo a través del consumo de lácteos y sobre todo de la leche, que se puso de manifiesto en los estudios de las leches comercializadas en distintos países, incluido el nuestro[4,5]. Este aporte viene sucediendo en España desde los años 1987 y 1988 cuando se reguló la suplementación de la alimentación animal con yodo para evitar los trastornos por déficit de yodo en aves y ganados.

La concentración urinaria de yodo (yoduria) es un marcador de consumo reciente de ingesta de yodo y el valor de su mediana clasifica la adecuación de la ingesta de yodo en la población de estudio, que en el caso de los escolares se considera deficiente cuando la yoduria es <100 mg/L, adecuada (100-199 mg/L), superior a la recomendada (200-299 mg/L) y excesiva (³300 mg/L). En Asturias se verificó la relación de la yoduria con el consumo de lácteos en un estudio realizado en 2010 en escolares de 6 a 14 años[6,7], observándose que el 27,6% consumía más de 3 raciones de lácteos/día (recomendación actual de 2-3/día) y presentaba una ingesta de yodo superior a lo recomendado. Como la población de 2 a 5 años presenta un mayor volumen de consumo de lácteos, se llevó a cabo un estudio para analizar su influencia en la ingesta de yodo en 2013 en el área sanitaria de Cangas del Narcea.

1. Delgado E, Díaz FJ, Tartón T, Bobis ML, Valdés MM, Méndez A. Erradicación de los trastornos por deficiencia de yodo en Asturias (España): 18 años de yodoprofilaxis con sal. Endocrinol Nutr. 2004;51(9):492-6.

2. Millón MC, Soringuer F, Muñoz R, Mancha I, Gómez-Huelga R, et al. Los determinantes de la yoduria en una población escolar del sur de España. Endocrinol Nutr. 2001;48:104-9.

3. Arrizabalaga JJ, Larrañaga N, Espada M, et al. Evolución del estado de nutrición de yodo en los escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Endocrinol Nutr. 2012;59(8):474-84.

4. Soriguer F, Gutierrez-Repiso C, González-Romero S, et al. Iodine concentration in cow's milk and its relation with urinary iodine concentrations in the population. Clin Nutr. 2011;30:44-8.

5. Arrizabalaga JJ, Jalón M, Espada M, Cañas M, Latorre PM. Concentración de yodo en la leche ultrapasteurizada de vaca. Aplicaciones en la práctica clínica y en la nutrición comunitaria. Med Clin (Barc). 2015;145:55-61.

6. Menéndez Torre E, Riestra Fernández M, Díaz Cadórniga FJ. Estudio sobre la situación actual de la nutrición de yodo en Asturias después de 28 años de yodoprofilaxis con sal. Informe. Oviedo: Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias; 2011. Patrocinado por Consejería de Sanidad, Consejería de Educación y Fundación para el Fomento en Asturias de la investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT). Disponible en la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Asturias.

7. Mosquera C. Situación actual de la nutrición de yodo en Asturias. Informe técnico, no publicado. Oviedo: Consejería de Sanidad de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Promoción de la Salud; 2014 y 2015.

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as: *Esther Arbesú Fernández. Técnica de Salud*
Título: *Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del área suroccidental de Asturias*
Nº *4 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Exposición a contaminación atmosférica en la cohorte INMA-Asturias

Reseñas de Investigación

6/07/2017

Ana Fernández-Somoano[1,2], Adonina Tardón[1,2]

[1]*IUOPA-Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo, c/ Julián Clavería s/n 33006 Oviedo, Asturias.*

[2] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III. Av. Monforte de Lemos, 3-5. Pabellón 11. Planta 0 28029 Madrid.*

INTRODUCCIÓN

La exposición a la contaminación atmosférica durante el embarazo se ha asociado a gran variedad de efectos negativos para la salud. Entre los contaminantes comúnmente estudiados para evaluar tales efectos se encuentran el NO_2, marcador de la contaminación por tráfico, y el benceno, indicador de la contaminación industrial, además de, también marcador de la contaminación por tráfico.

Por otra parte, el estatus socioeconómico se ha asociado con mortalidad y morbilidad de gran variedad de enfermedades tanto a nivel individual como a nivel de área. Durante la última década, investigar si poblaciones con bajo nivel socioeconómico están expuestas a niveles más altos de contaminación ambiental ha sido un objetivo importante para la comunidad científica.

Además, comúnmente se asume que los niveles socioeconómicos bajos están asociados a mayor exposición a contaminación ambiental, pero esto no es necesariamente válido.

Los objetivos fueron: mostrar la metodología utilizada para asignar niveles de exposición a ambos contaminantes y mostrar los resultados obtenidos en la cohorte de embarazadas INMA (INfancia y Medio Ambiente) Asturias en España; analizar las asociaciones entre concentraciones exteriores de NO_2 en un área de Asturias (España) y dos indicadores socioeconómicos – uno basado en ocupación y otro en nivel educativo – a nivel de sección censal; y establecer cuál es la asociación entre las características socioeconómicas individuales y los niveles de exposición a contaminación ambiental en una región de España incluida en la cohorte INMA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta cohorte está formada por 494 mujeres embarazadas (y posteriormente sus hijos) que han sido reclutadas y seguidas desde 2004. Los niveles de contaminación atmosférica fueron medidos en 67 puntos del área utilizando captadores pasivos. Se construyeron modelos de regresión por usos de suelo para predecir la exposición en los domicilios de 485 embarazadas que llegaron en seguimiento al parto.

A partir de un modelo de regresión por usos de suelo se obtuvo un mapa de concentraciones de NO_2 en el área. Para obtener el valor medio de cada sección censal se estimaron los niveles de NO_2 en los centroides de todas las celdas de 50x50 m dentro de cada sección y se calculó la media aritmética. Se utilizaron variables socioeconómicas estándar del Censo de Población y Viviendas 2001, publicadas por el INE en 2004. En concreto dos indicadores socioeconómicos, uno basado en ocupación y actividad (que toma valores en el rango 0-3) y otro en el nivel de estudios (con valores en el rango 0-4,5) calculados como la media aritmética de los grados de los residentes en viviendas familiares de cada sección censal. Dada la posible dependencia de los dos indicadores con la distribución por edad de las secciones censales corregimos por el posible efecto de la edad, dividiendo el índice por el cociente de 100 entre el % de población potencialmente activa (16-64 años). Analizamos las asociaciones entre las concentraciones de NO_2 y los indicadores socioeconómicos para el total del área de estudio y estratificando por áreas de suelo principalmente urbano y áreas principalmente rurales.

Se recogió información sobre estilos de vida y variables socioeconómicas de 430 participantes a través de cuestionarios. En el análisis multivariante, se consideraron los niveles de NO_2 y benceno asignados a cada mujer como variables dependientes. Elegimos las covariables maternas a incluir en el análisis basándonos en el conocimiento previo de su influencia en la exposición a NO_2 y a benceno, al final se incluyeron zona de residencia, edad de la casa, edad de las mujeres, educación, paridad, estación del año (en la fecha de última regla), estado ocupacional durante el embarazo y clase social. La asociación entre la exposición al NO_2 y benceno y las variables sociales se evaluó mediante análisis de regresión lineal para las variables continuas.

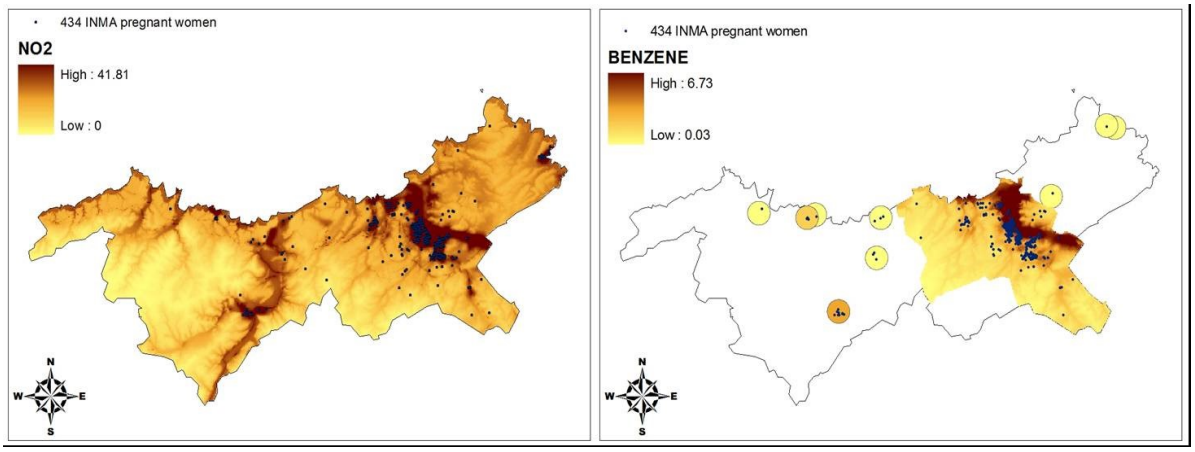
RESULTADOS

El valor medio de NO_2 medido fue de 21,2 ?g/m^3 (rango: 3,5 ?g/m^3 a 44,5 ?g/m^3), y el valor medio de benceno 2,72 ?g/m^3 (rango: 0,18 ?g/m^3 a 9,17 ?g/m^3) en puntos de muestreo urbanos y 0,64 ?g/m^3 (rango 0,04 ?g/m^3 a 2,62 ?g/m^3) en puntos rurales. El coeficiente de correlación de Pearson entre ambos contaminantes fue de 0,42.

La correlación por tanto es moderada, lo que nos puede estar indicando distintas fuentes de procedencia.
Las variables que formaron parte de los modelos de exposición fueron altitud, distancia a carreteras y porcentaje de usos de suelo. El porcentaje de variabilidad explicada por los modelos fue de 52% para NO_2 y 73% para benceno (este último solo en área urbana). No se encontró autocorrelación espacial. Con los modelos de regresión por usos de suelo obtenidos, se estimaron los niveles de ambos contaminantes a los que estaban expuestas las mujeres de la cohorte domiciliadas a menos de 2 kilómetros de un punto de medición en la zona urbana y a menos de 1 kilómetro en la zona rural (debido a la escasez de mediciones en la zona rural y la variabilidad geográfica de la zona). De esta forma, nos hemos quedado con 434 mujeres de la cohorte INMA Asturias a las que ha sido posible dar una estimación de los niveles de NO_2 y benceno a los que estuvieron expuestas durante el embarazo.

La estimación del NO_2 para las mujeres de todo el área de estudio, se ha obtenido a partir de modelos de regresión puesto que el error relativo que se cometía con estos modelos era asumible (teniendo en cuenta la validación cruzada en los puntos de medición), tanto en global como en cada municipio individualmente e inferior al que se podría cometer utilizando otros métodos de asignación como el captador más próximo, la media aritmética de los valores registrados en los captadores próximos (situados en un radio de 6 Km.) o la media de los captadores más próximos ponderada por el inverso de la distancia a cada captador. Sin embargo la estimación del benceno no se ha obtenido en todo el área de la misma forma, ya que los errores que se cometían en la zona rural con el método LUR llegaban a ser muy altos (80% de media y 41% de mediana), por lo que se decidió asignar a las mujeres de esa zona rural los valores del captador más próximo (o la media ponderada de los captadores más próximos en el caso en que hubiera más de un captador a menos de dos kilómetros de distancia). A las mujeres de la zona urbana se les asignó el valor obtenido a partir del modelo de regresión generado a partir de las variables geográficas restringidas a esa zona urbana. Las estimaciones de benceno en la zona urbana también tuvieron un error de predicción menor que las que se obtendrían con los métodos alternativos del captador más próximo, la media aritmética de los valores registrados en los captadores próximos o la media de los captadores más próximos ponderada por el inverso de la distancia a cada captador (Figura 1).

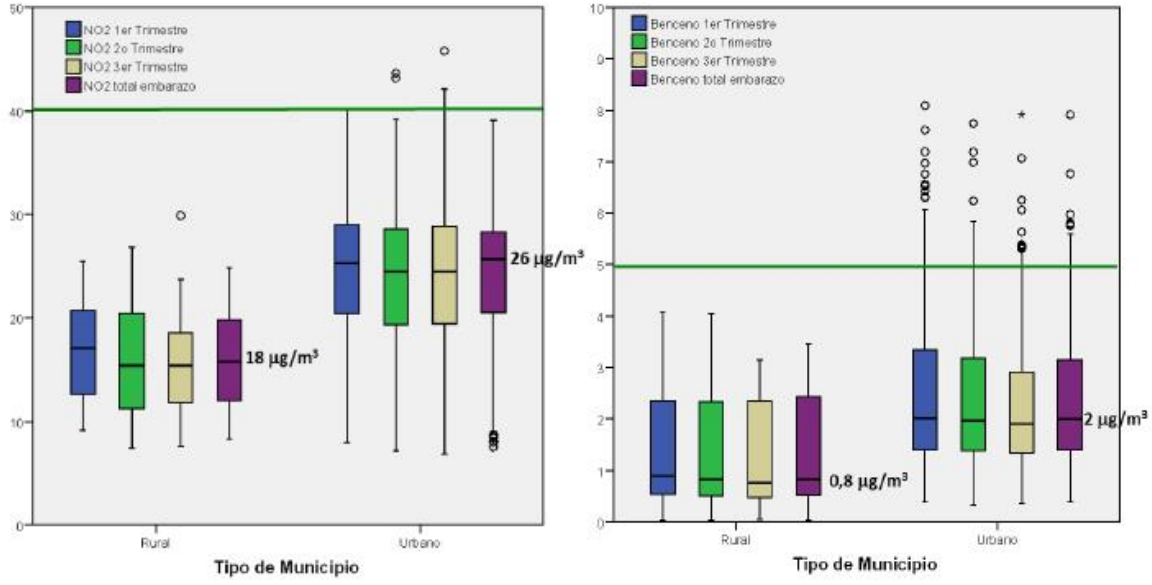
Figura 1. Mapa de predicción para NO_2 (izquierda) y benceno (derecha) en la zona de estudio



Las predicciones se corrigieron por estacionalidad del embarazo utilizando los datos de las estaciones fijas de la Red de Calidad del Aire del Principado de Asturias. Se determinaron indicadores de exposición para cada trimestre y para el total del embarazo de cada mujer.

La mediana de NO_2 asignada a las mujeres de la cohorte en todo el embarazo fue de 25,21 mg/m^3, con un rango de 7,56 a 39,06 mg/m^3. Los niveles son prácticamente iguales en todos los trimestres de embarazo. En cuanto al benceno, la mediana asignada a las mujeres de la cohorte en todo el embarazo fue de 1,99 mg/m^3, con un rango de 0,04 a 7,91 mg/m^3. Los niveles estimados de benceno son también similares en los tres trimestres del embarazo. Los valores fueron más elevados en localizaciones urbanas que en rurales y los niveles de benceno de un 5% de las embarazadas sobrepasaron el límite anual fijado por la Unión Europea para asegurar una adecuada protección de la salud (Figura 2).

Figura 2. Valores estimados de exposición para las mujeres de la cohorte

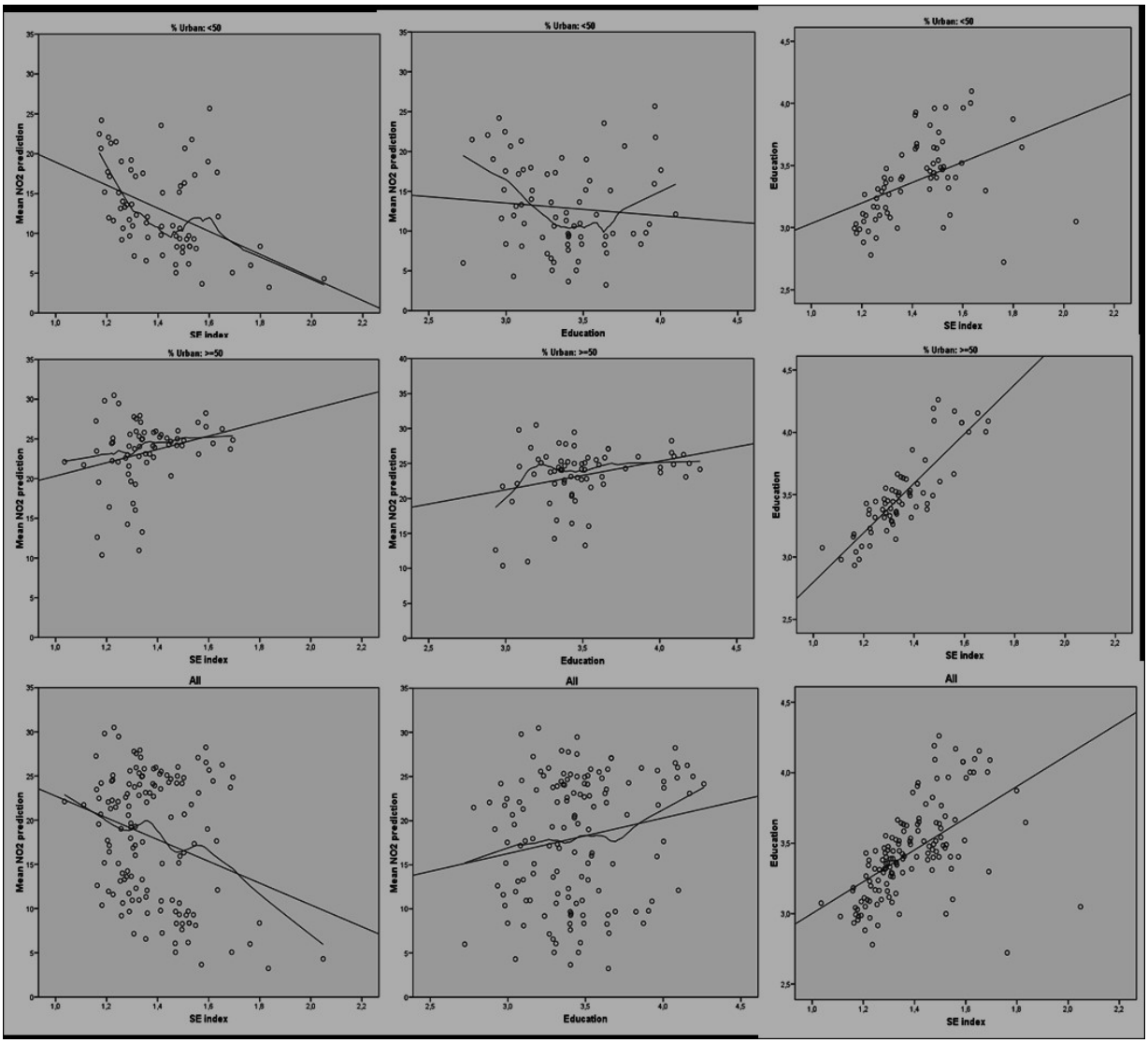


A nivel de área (análisis por secciones censales), las concentraciones de NO_2 son claramente más altas en las áreas más urbanas, mientras que para las variables sociales encontramos distintos resultados: nivel de estudios más alto en áreas más urbanas pero índice socioeconómico más bajo en esas áreas.

El nivel de estudios medio fue de 3,4, que se corresponde aproximadamente con FP grado superior, FPII, Maestría industrial o equivalente; Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnicas; 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura. El rango completo de los promedios de las secciones censales va desde educación primaria incompleta hasta escuela secundaria completa. El indicador ocupacional promedio fue de aproximadamente 1,4, que se corresponde con empresarios agrarios sin asalariados y miembros de cooperativas agrarias.

Se encontró una relación lineal positiva entre el nivel educativo y la exposición a NO_2 en el área urbana y en el total del área de estudio, pero no se encontró ninguna asociación en zonas rurales. Se halló también asociación positiva entre el indicador socioeconómico basado en ocupación y la concentración de NO_2 en área urbana. Sin embargo esta asociación fue inversa en el total del área de estudio y en la zona rural (Figura 3).

Figura 3



El nivel medio de NO_2 para las embarazadas con datos sobre estilos de vida y variables socioeconómicas fue 23,60 (DE=6,50) ?g/m^3. Para benceno el nivel medio fue 2,31 (DE=1,32) ?g/m^3. No encontramos asociación de ningún contaminante con educación. Observamos asociación entre clase social y niveles de benceno, pero sin una tendencia clara. Las clases sociales I y II fueron las que tuvieron niveles más elevados.

Las variables socioeconómicas y de estilos de vida analizadas representaron poco la variabilidad de la contaminación ambiental en los modelos; esta variabilidad fue explicada principalmente por la zona de residencia (R^2 ajustado: 0,27 para NO_2; 0,09 para benceno) (Tabla 1).

Tabla 1. Asociación entre NO_2 y benceno (?g/m^3) y características de las embarazadas

		adjusted R^2=0.2734					adjusted R^2=0.0908				
		NO_2					Benzene				
		β	SD	CI 95%		Parcial $Corr^2$	β	SD	CI 95%		Parcial $Corr^2$
Type of zone	Town centre	Ref.					Ref.				
	Residencial zone	**-5.50**	1.06	-7.57	-3.43	0.2364	-0.47	0.25	-0.96	0.02	0.0436
	Countryside	**-9.57**	0.98	-11.50	-7.64		**-0.88**	0.23	-1.33	-0.42	
Building years	<5	Ref.					Ref.				
	5-14	0.63	0.88	-1.10	2.36	0.0391	-0.19	0.21	-0.60	0.21	0.0207
	15-29	**2.40**	0.91	0.62	4.18		-0.39	0.21	-0.80	0.03	
	>29	**2.75**	0.74	1.30	4.21		**-0.46**	0.17	-0.80	-0.12	
Mother age	<25						Ref.				
	25-29						0.27	0.32	-0.36	0.91	0.0143
	30-34						0.37	0.32	-0.26	1.01	
	35+						0.66	0.34	0.00	1.32	
Education	Primary	Ref.					Ref.				
	Secundary	0.74	0.78	-0.79	2.27	0.0063	0.05	0.18	-0.31	0.41	0.0015
	Universitary	1.53	0.92	-0.28	3.35		0.21	0.22	-0.23	0.64	
Social class (mother)	SC i+ii (higher)	Ref.					Ref.				
	SC iii	0.34	0.88	-1.40	2.07	0.0028	-0.16	0.21	-0.57	0.24	0.0074
	SC iv+v (lower)	1.13	0.88	-0.60	2.85		**0.34**	0.21	-0.07	0.74	
Working status (3rd term)	Yes	Ref.				0.0056	Ref.				0.0026
	No	-0.98	0.70	-2.35	0.39		-0.16	0.16	-0.48	0.16	
Parity	primiparous						Ref.				0.0053
	multiparous						-0.15	0.14	-0.43	0.13	
Smoking	Never smoking	Ref.					Ref.				
	No smoking during pregnancy	**1.64**	0.62	0.41	2.86	0.0000	0.19	0.15	-0.09	0.48	0.0003
	Smoking in pregnancy but not after 12th week	1.32	3.88	-6.30	8.94		1.69	0.9	-0.09	3.47	
	Smoking after 12th week	-0.39	0.80	-1.95	1.18		-0.12	0.19	-0.49	0.24	
Season of the last menstrual period	Winter	Ref.					Ref.				
	Spring	**1.78**	0.79	0.23	3.32	0.0053	0.33	0.18	-0.03	0.69	0.0003
	Summer	**2.29**	0.80	0.73	3.86		-0.05	0.19	-0.42	0.32	
	Autumn	1.03	0.74	-0.43	2.49		0.18	0.17	-0.16	0.52	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el presente trabajo se ha cumplido el propósito de determinar las concentraciones de contaminación atmosférica por NO_2 y benceno en la zona de interés y dar una estimación individual de la exposición a estos dos tóxicos medioambientales durante la gestación de las mujeres integrantes de la cohorte en estudio.

La exposición por NO_2 y benceno en la cohorte INMA Asturias depende claramente del lugar de residencia. En particular, las concentraciones de benceno son notablemente altas para las participantes que residen en zona urbana y cerca de la industria, lo que es un asunto de preocupación en el que la Administración debería intervenir y regular. La asignación de exposición a distintos contaminantes nos permitirá evaluar potenciales efectos adversos en la salud fetal e infantil causados por la contaminación atmosférica.

La fuerza y dirección de las asociaciones encontradas entre el estatus socioeconómico y la concentración de NO_2 a nivel de secciones censales depende del indicador socioeconómico utilizado y de las características del área de estudio (urbana/rural). Esto es consistente con otros estudios recientes realizados en España en los que se constató que las desigualdades ambientales en las exposiciones espacialmente determinadas pueden ser no siempre grandes y no siempre son negativos en el sentido. Se necesita más investigación en diferentes escenarios para clarificar la relación incierta entre distintos indicadores socioeconómicos, particularmente en zonas no urbanas, donde hay poca documentación sobre el tema. Es importante tener en cuenta cómo las características socioeconómicas podrían influir en la asociación de la contaminación medioambiental con estados de salud.

La educación y la clase social no se asocian claramente con la contaminación a nivel individual. Estos resultados están en la misma dirección que los encontrados a nivel de área. Habíamos visto hay correlaciones muy débiles entre unos valores de NO_2 y el nivel educativo y un índice socioeconómico, basado en la ocupación y actividad, calculados a nivel de sección censal. Aquí, una vez que se ajustan los modelos con las variables socio

demográficas y de estilo de vida, no vemos ninguna asociación entre la contaminación atmosférica y el nivel educativo y muy leve asociación de benceno con la clase social.

Por otra parte, aunque la relación entre la contaminación del aire y los efectos de salud es muy complejo y difícil de estudiar debido al hecho de que los diferentes contaminantes que actúan simultáneamente y el riesgo para la salud depende del tipo del agente químico y el resultado de interés, lo que está claro es que los riesgos ambientales causar varios efectos adversos sobre la salud. Es interesante, por tanto, reunir la mayor cantidad de información posible sobre el comportamiento de la contaminación del aire, en particular en lo que respecta a los grupos vulnerables de la población, como en este estudio, las mujeres embarazadas y los niños, que puedan verse afectados por numerosos problemas como restricción del crecimiento fetal, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, malformación congénita, problemas neurológicos, el asma o las alergias, e incluso la muerte. La adición de información sobre las características socioeconómicas es muy importante debido a su complejidad.

Como limitación del estudio cabe mencionar que en un área pequeña hay poca variabilidad y las zonas residenciales no están bien definidas, por lo que no hemos sido capaces de encontrar asociaciones claras. En el área estudiada no hay susceptibilidad diferente, pero sí diferente exposición.

Las Administraciones, como conclusión, deben vigilar el ambiente de las zonas residenciales, independientemente del nivel socioeconómico de las mismas, y deberían aumentar las distancias exigidas entre las viviendas y las fuentes de contaminación para evitar asentamientos a distancias que sean perjudiciales para la salud.

Bibliografía

Fernández-Somoano, A., Estarlich, M., Ballester, F., Fernández-Patier, R., Aguirre-Alfaro, A., Herce-Garraleta, M.D., Tardón, A. Outdoor NO2 and benzene exposure in the INMA (Environment and Childhood) Asturias cohort (Spain). Atmospheric Environment. 2011; 45(29): 5240-5246.

Guxens M, Ballester F, Espada M, Fernández MF, Grimalt JO, Ibarluzea J, Olea N, Rebagliato M, Tardón A, Torrent M, Vioque J, Vrijheid M, Sunyer J; INMA Project. Cohort Profile: the INMA--INfancia y Medio Ambiente--(Environment and Childhood) Project. Int J Epidemiol. 2012 Aug;41(4):930-40.

Fernández-Somoano A, Hoek G, Tardon A. Relationship between area-level socioeconomic characteristics and outdoor NO2 concentrations in rural and urban areas of northern Spain. BMC Public Health. 2013 Jan 25;13:71.

Fernández-Somoano A, Tardon A. Socioeconomic status and exposure to outdoor

NO2 and benzene in the Asturias INMA birth cohort, Spain. J Epidemiol Community Health. 2014 Jan;68(1):29-36. doi: 10.1136/jech-2013-202722.

Fernández-Somoano A. Exposición a contaminación atmosférica en la cohorte de embarazadas INMA-Asturias [tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones; 2013. [Disponible en: Enlace]. Depósito Legal: AS 4037-2013; ISBN: 978-84-16046-12-6.

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as: *Ana Fernández-Somoano1,2, Adonina Tardón1,2*
Título: *Exposición a contaminación atmosférica en la cohorte INMA-Asturias*
Nº *7 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Comunidades de Práctica y Aprendizaje I. Definición, características y mejora de l-a Gestión del Conocimiento dentro de la organización.

Notas metodólogicas

22/02/2017

Ana Bernardo Suárez
Documentalista. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

Las *"Comunidades de Práctica y Aprendizaje"* se pueden definir como "Conjunto de personas que comparten elementos que proporcionan una base para el aprendizaje y la colaboración en torno a un tipo de actividad profesional o laboral particular, por lo que el aprendizaje y colaboración son un objetivo en sí mismos, de manera que mientras resulte benéfico para sus propias prácticas profesionales los miembros de una comunidad pueden seguir participando en ella por varios años" (Ávila, Madrid y Echevarría, 2009).

Son muchos los autores, como (Bronfman, 2011), (Sanz, 2005) y (Wenger, 2001), los que comparten las principales características que reúnen las ***"Comunidades de Práctica/Aprendizaje"***:

- Se realiza una práctica común.
- Las comunidades no son independientes, si no que se incluyen en un contexto más amplio. Están influenciadas por el entorno, aunque en última instancia quien tiene poder directo sobre la producción es la propia comunidad.
- Existe un compromiso mutuo de sus miembros, que establecerán sus normas. En las comunidades no existe homogeneidad de sus miembros, si no que existe diversidad y esto enriquece a la comunidad.
- Existe un repertorio común en el que se recopila y organiza de manera progresiva todo lo que se crea.

Además de las características mencionadas, las **Comunidades de Práctica/Aprendizaje**, se pueden considerar, estructuras paralelas a la organización, apoyadas por la institución, que buscan la gestión del conocimiento a través del compromiso de sus miembros (Coll, Bustos & Engel, 2011).

La gestión del conocimiento, siempre ha estado muy presente en las organizaciones, pero muchas veces ha fallado lo más importante, la distribución del conocimiento. Existen muchos factores, por los que el conocimiento no llega a ser compartido: los trabajadores no quiere compartir sus mejores prácticas, por miedo a perder valía dentro de la empresa, y que no se les reconozca; no quieren utilizar ideas de otros por miedo a parecer ineficaces; compartir conocimiento resta tiempo de la práctica diaria. Para que se comparta conocimiento deben darse unas condiciones: confianza entre los miembros y sistemas de recompensas (Bronfman, 2011).

Las Comunidades de Práctica/Aprendizaje, crean el entorno perfecto para mejorar la gestión del conocimiento, y cuando se realizan en un entorno virtual, pueden contribuir a mejorar la gestión del conocimiento(Bronfman, 2011):

- Se identifica quién compartió información y en qué momento. El reconocimiento hacia la persona que compartió esa información, se puede convertir en una recompensa suficiente
- La información registrada a través de la práctica de la comunidad, se transforma en conocimiento explícito, siendo útil para todos los miembros.
- Una Comunidad de práctica amigable e intuitiva, facilitará el registro de información que permitirá al usuario su uso.
- Los directorios dentro de la Comunidad, facilitarán la confianza entre los miembros de la comunidad, pudiendo identificar a todos los participantes. A través de la práctica, se establecerán lazos entre los miembros, que podrían incluso propiciar, otras comunidades derivadas.

Estas condiciones, propiciarán que los miembros de la organización acepten a crear y compartir conocimiento, repercutiendo en beneficio propio y de la organización.

Bibliografía

Ávila Meléndez, L., Madrid, A., & Echeverría González, M. D. R. (2009). Construcción de comunidades virtuales para la investigación.Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento(RUSC).Vol.6,n.º1.UOC.Recuperado en http://hdl.handle.net/10609/3227

Bronfman, S. V. (2011). Comunidades de práctica. Vol. 47, 51–68. Recuperado en http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewArticle/244622/0

Coll, C., Bustos, A., &Engel, A. (2011). Perfiles de participación y presencia docente distribuida en redes asíncronas de aprendizaje: la articulación del análisis estructural y de contenido. Revista de Educación, 354, 657-688. Recuperado en: http://www.psyed.edu.es/prodGrintie/articulos/CC_AB_AE_PerfilesParticipacionPresenciaDocente.pdf

Sanz, S. (2005). Comunidades de práctica virtuales: acceso y uso de contenidos. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, 2(2), 26-35.

Wenger, E. (2001). Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad. Barcelona: Paidós.

Palabras clave:
Comunidades de Práctica y Aprendizaje, Gestión del conocimiento

e-notas de evaluación
Autores/as: *Ana Bernardo Suárez Documentalista. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias*
Título: *Comunidades de Práctica y Aprendizaje I. Definición, características y mejora de la Gestión del Conocimiento dentro de la organización.*
Nº *2 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Comunidades de Práctica y Aprendizaje II. AsturSalud Comunidades

Notas metodólogicas

23/05/2017

Ana Bernardo Suárez

Documentalista. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

"AsturSalud Comunidades" es un proyecto cuyo propósito es la creación y fortalecimiento de *"Comunidades de Práctica/Aprendizaje"*, que proporcionen un aprendizaje individual/organizacional y fomenten la gestión del conocimiento, desde espacios informales, cuya dinámica está alejada de la formalidad y los sistemas de control propios de la enseñanza formal y reglada. Se pretende dotar a la comunidad sanitaria, de un nuevo entorno colaborativo, con un conjunto de contenidos y servicios.

1. Diseño y estructura de la plataforma

"AsturSalud Comunidades", está diseñada en Liferay, portal de gestión de contenidos de código abierto escrito en Java. Liferay, se creó en el año 2000, en principio, como solución para las organizaciones sin ánimo de lucro. Liferay es un sistema de gestión de contenidos, que permiten crear y publicar diferentes contenidos, noticias, publicaciones, etc… que generalmente cambia con regularidad, y permite realizarlo de forma sencilla, sin que sean necesarios conocimientos avanzados informáticos.

Para acceder a *"AsturSalud Comunidades"*, los profesionales de la administración sanitaria, podrán acceder a esta herramienta con las mismas claves con las que acceden a su espacio privado de Intranet. Una vez que la persona se autentifica, el sistema lo valida, y pasa a formar parte de la plataforma. Una vez dentro de la plataforma se podrá tener acceso a las distintas comunidades que alberga la plataforma, distinguiendo:

- Libres: El usuario podrá hacerse miembro si lo considera oportuno
- Restringidas: El usuario podrá solicitar hacerse miembro de estas comunidades, pero un administrador será el encargado de admitir o denegar su solicitud.
- Privadas: Los usuarios no podrán solicitar hacerse miembros de estas comunidades si no que será el propio administrador el que establezca los usuarios que pueden participar en ellas.

2. Estructura de las comunidades

Cada comunidad está marcada por un interés y unos objetivos específicos. Al mando de cada comunidad estará un *"Coordinador"*, cuyas funciones principales serán orientar en los procesos, gestionar el conocimiento que la comunidad vaya generando y orientar hacia el logro de sus objetivos.

Todas las comunidades tienen una misma plantilla. En función de las necesidades de cada comunidad, el coordinador será el encargado de seleccionar los apartados necesarios.

Cada comunidad dispone de:

- ***Inicio***: espacio dedicado a la presentación de la comunidad y en la que se registran todos los movimientos que se realizan en la comunidad.
- ***Directorio de participantes***: recopilación de todos los participantes de la comunidad que nos proporcionará la dirección de correo electrónico
- ***Calendario de eventos***: agenda que permite organizar y difundir acontecimientos dentro de la comunidad. Estos eventos pueden ser reuniones presénciales, fechas de entrega de documentos, congresos o cualquier otro hecho importante, para la comunidad.
- ***Documentos*** : repositorio documental que permite subir y descargar documentos de manera fácil. La herramienta permite mantener ordenados estos documentos en diferentes carpetas temáticas.
- ***Galerías***: permite a los usuarios mantener galerías de imágenes propias. Permite a los usuarios compartir con otros miembros sus galerías de imágenes.
- ***Blog***: permite la publicación periódica de anuncios y noticias. Habilita a uno o más autores para escribir y publicar artículos y noticias. Todos los usuarios de la comunidad, podrán realizar comentarios a estos posts. Las entradas del blog quedan ordenadas de manera cronológica. En estas entradas, los usuarios podrán hacer comentarios y mediante la suscripción se les notificar cuando se realicen comentarios.
- ***Foro***: espacio de debate abierto, dónde todos los miembros de la comunidad pueden intercambiar opiniones. El gestor de cada comunidad organizará el espacio por categorías según la temática de conversación. Los usuarios podrán subscribirse a los hilos de discusión creados en el foro.
- ***Wiki***: permite crear y editar documentos de manera colectiva. Los wikis pueden ser utilizados para registrar conclusiones y definiciones conceptuales que sirven de marco a las discusiones y actividades de la comunidad. Por otro lado, la consolidación de una base de conocimiento común y socialmente aceptada, permite a nuevos miembros evidenciar de manera rápida las comprensiones de dominio aceptadas por la comunidad.

Además, con objeto de desarrollar una **plataforma fácil de usar**, cuenta con los siguientes recursos:

- ***Página de inicio***: el usuario podrá ver todas las comunidades que existen y podrá elegir a cuál unirse.
- ***Mi cuenta***: aquí aparece información del usuario detallada
- ***Búsqueda de información***: Incluye un buscador de contenido. Permite realizar búsquedas sobre todo el contenido existente en herramientas de publicación e interacción.
- ***Suscribirse***: Existe la posibilidad de suscribirse a diversos contenidos. Los usuarios pueden suscribirse en el apartado foro y en el apartado documentos, y les llegará una alerta a su correo de las novedades que surjan en estos apartados.

Palabras clave:
AsturSalud Comunidades, Comunidades de Práctica y Aprendizaje, Gestión del conocimiento

e-notas de evaluación
Autores/as: *Ana Bernardo Suárez Documentalista. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias*
Título: *Comunidades de Práctica y Aprendizaje II. AsturSalud Comunidades*
Nº *6 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Biblioteca Virtual gcSalud

Biblioteca Virtual gcSalud VIII. Gestores Bibliográficos: Zotero.

Notas metodólogicas

4/10/2017

Carolina Pinín Osorio. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias

Mercedes Corrales Canel. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

La búsqueda bibliográfica es el primer paso en el proceso de investigación científica. Toda la información resultante de esta tarea debe ser almacenada y organizada de una forma que al investigador le resulte fácil su recuperación y gestión. Los gestores bibliográficos son la mejor herramienta con la que podemos contar para automatizar este proceso.

DEFINICIÓN

Los **gestores bibliográficos de referencias** son programas que permiten **crear, mantener, organizar y dar forma a referencias bibliográficas** de artículos de revistas o libros, obtenidas fácilmente de una o de varias fuentes de información (bases de datos, revistas, catálogos, páginas web, etc...), y que añaden a esta función básica la versatilidad **de generar formatos de entrada y salida**, utilizadas para citar referencias bibliográficas en los trabajos de investigación.

Figura 1. Gestores Bibliográficos

TIPOS DE GESTORES

- Gestores **clásicos** : programas que se instalan en nuestro ordenador, inconveniente no se actualizan(Endnote,ReferenceManager).
- Gestores de **referencias web** : nos permiten tener acceso a nuestra base de referencias desde cualquier ordenador y/o dispositivo. Además incorporan nuevas utilidades como son los trabajos en entornos compartidos (Zotero, Mendeley).
- Gestores de **referencias sociales** : añaden a las funcionalidades de los gestores de referencias las posibilidades que ofrecen las redes sociales para compartir y descubrir información (CiteUliKe, Bibsonomy).

ZOTERO

Es una herramienta gratuita que ayuda a recopilar, organizar, analizar la investigación y compartir de múltiples maneras. Tiene la capacidad de almacenar el autor, el título, los campos de publicación y exportar toda esa información como referencias formateadas. Organiza las referencias, las etiqueta y permite búsquedas avanzadas. Es capaz de extraer y guardar automáticamente las referencias bibliográficas completas.

¿Cómo trabajar con Zotero en 5 pasos?

1. Instalación: consta de varias fases.

1.2. Registro: nos permitirá la sincronización de contenidos, ver nuestras referencias a través de la página de zotero y trabajar con grupos.

1.3. Descarga : desde la página de zotero Enlace, debemos ir a la columna Zotero Standalone y descargarnos el programa, también tenemos que instalarnos la extensión para el navegador dependiendo del que utilicemos , el plugin para el Word o LibreOffice se descargará automáticamente.

2. Almacenamiento de referencias: el gestor permite recopilar citas bibliográficas dependiendo de sitio web en el que nos encontremos. Ejemplo: PubMed da la posibilidad de salvar referencias mediante la selección de las

mismas.

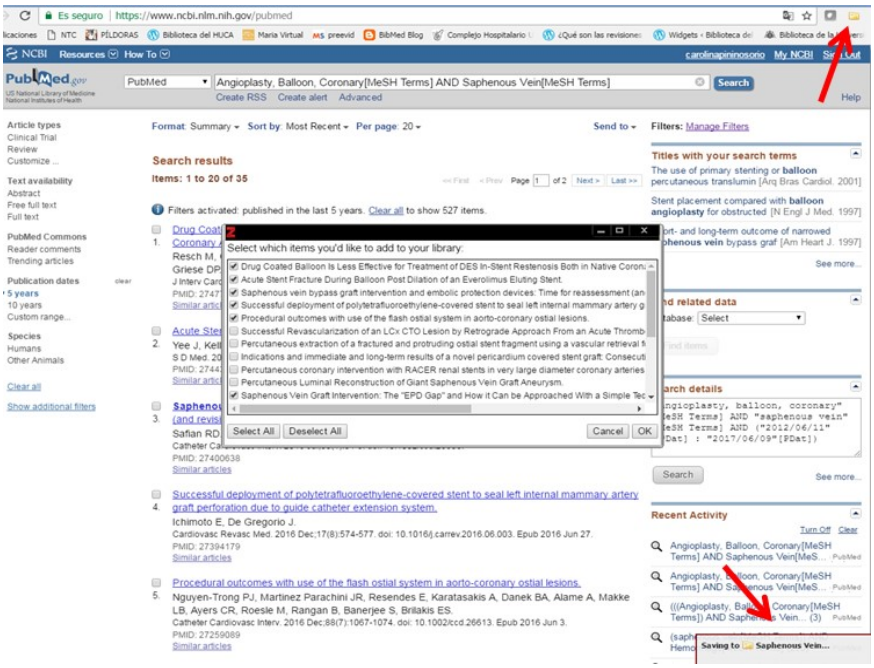


Figura 2. Búsqueda en PubMed. Guardando referencias

3. Funcionalidades del gestor : permite crearnos carpetas para gestionar así mejor nuestra información a almacenar, añadir ítems o referencias manualmente, añadir archivos a las referencias, permite incorporar referencias haciendo búsquedas por PMID, ISBN o DOI y una almacenadas buscarlas rastrando título, autor, creador o en todos los campos del registro. En la parte derecha visualizamos la información que está escrita sobre el registro, podemos añadir notas, marcas para hacer nuestras propias etiquetas, y relacionar los registros entre sí.

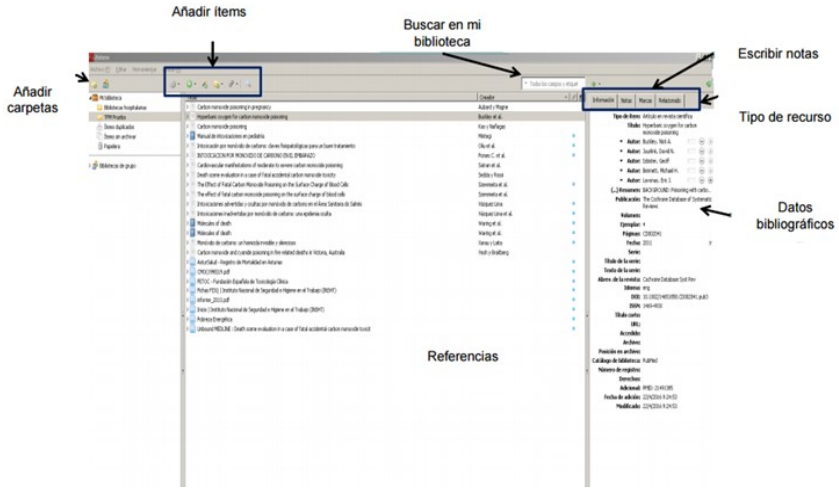


Figura 3. Barra de herramientas Zotero

Podemos crear una bibliografía simplemente seleccionando las referencias deseadas y pinchando en el botón derecho del ratón y seleccionando *Crear una bibliografía a partir de los ítems seleccionados,* nos permitirá seleccionar el tipo de estilo bibliográfico.

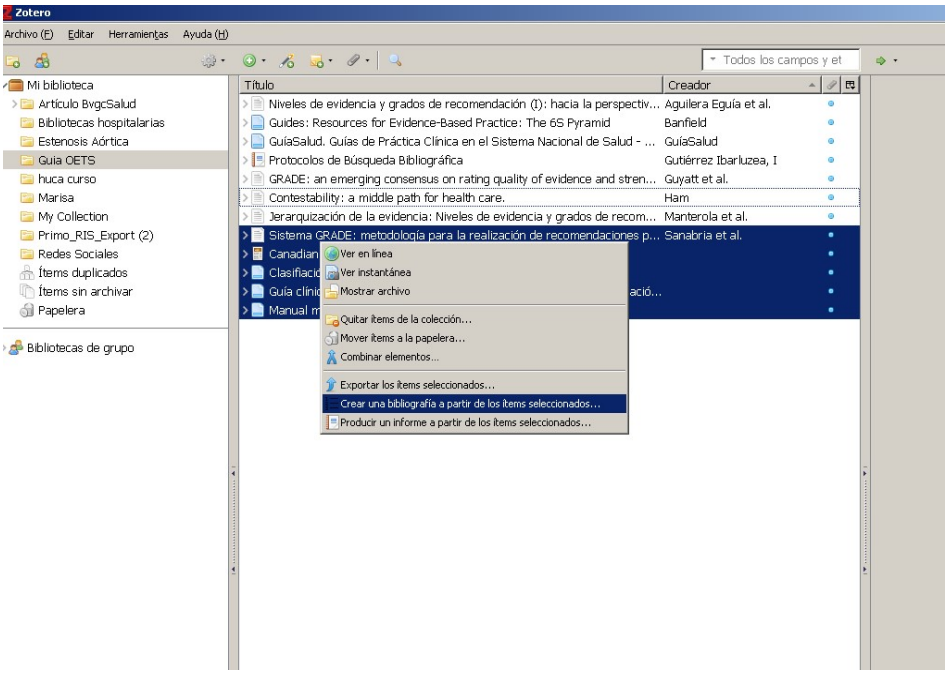


Figura 4. Opciones de Zotero

4. ¿Cómo podemos incluir nuestras referencias y citar una bibliografía final?

Mediante el plugin podemos buscar referencias almacenadas para insertar citas, editar la bibliografía, crear una bibliografía final todo ello con nuestro procesador de texto (Ejemplo: Word).

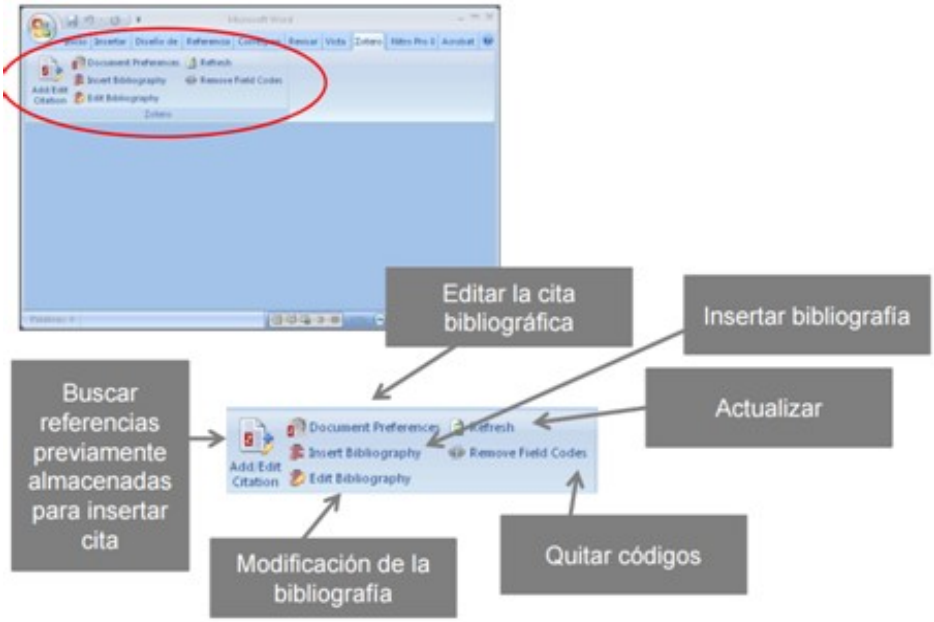


Figura 5. Trabajando con Word

5. Sincronización e indexación de PDF.

5.1 Sincronización: para poder visualizar los contenidos guardados en Zotero en varios ordenadores o dispositivos tenemos que tener activada la sincronización , para ello es obligatorio el registro en Enlace

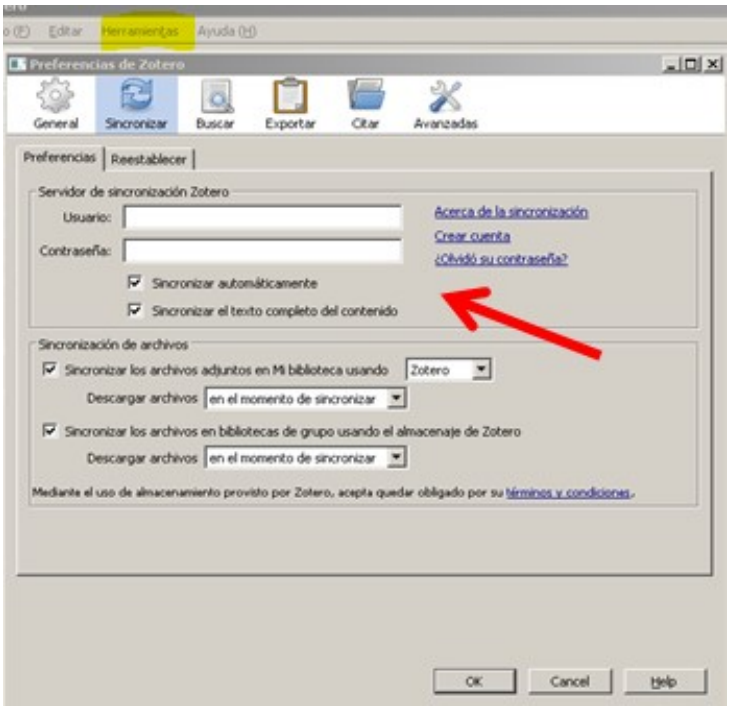


Figura 6. Sincronización

5.2 Preferencias de Zotero. Indexación de PDF. Deberemos tener activada esta opción ya que así podremos extraer los datos, de los archivos que los contengan, en formato PDF.

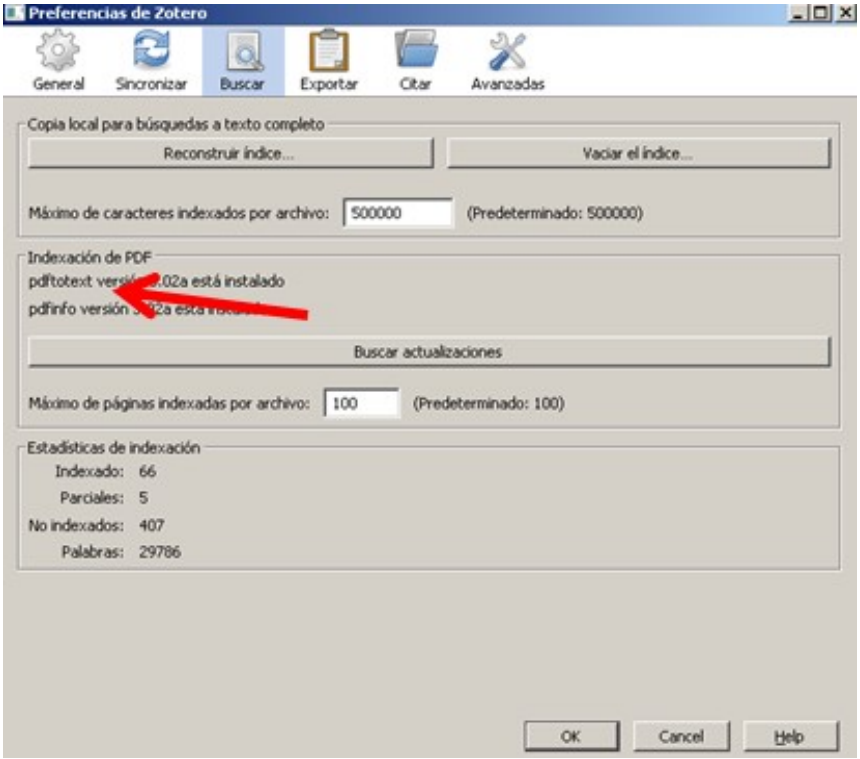


Figura 7.Indexación de PDF

Bibliografía

Arévalo JA. Zotero: software libre para la gestión y mantenimiento de las referencias bibliográficas en trabajos de investigación. Ediciones del Universo; 2015. 124 p.

Zotero | Home [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.zotero.org/

Palabras clave:
Biblioteca Virtual gcSalud, Gestión del conocimiento, Gestores bibliográficos, Recursos, Red de Bibliotecas

gcSalud, Zotero

e-notas de evaluación
Autores/as: *Carolina Pinín Osorio. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias Mercedes Corrales Canel. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias*
Título: *Biblioteca Virtual gcSalud VIII. Gestores Bibliográficos: Zotero.*
Nº *10 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias

Notas metodólogicas

28/11/2017

Carolina Pinín Osorio. Bibliotecaria

Hospital Universitario Central de Asturias.

La Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) es una biblioteca especializa en ciencias de la salud, integrada en el proceso de gestión del conocimiento y como parte de los servicios de información del HUCA y del Área Sanitaria IV. Es un servicio de apoyo a la actividad asistencial, docente y de investigación, mediante la gestión y difusión de documentación e información.

Ofrece a los profesionales de la institución acceso a la documentación científica y de calidad mediante recursos contratados por el Sistema Sanitario Público Asturiano y la Consejería de Sanidad. Su acceso es mediante usuario y clave de la nómina, y se puede consultar desde un ordenador externo a la red. Los profesionales del HUCA también pueden acceder a los recursos de la Biblioteca de la Universidad de Oviedo, gracias a un convenio de colaboración vigente desde 1992 con dicha institución.

Toda la información disponible para los usuarios está recogida en Enlace. El Blog de la Biblioteca del HUCA, es el principal medio de comunicación. Desde el se pueden consultar los servicios, recursos, guías, datos de la biblioteca, etc... Se actualiza periódicamente y trata facilitar el acceso a los recursos de información y servir de ayuda a nuestros usuarios. Otro canal de difusión de reciente creación es el perfil de Twitter de la Biblioteca @BibliotecaHUCA.

Entre sus servicios destacan:

- Servicio de Obtención de documentos (SOD). Este servicio proporciona a los profesionales del HUCA,

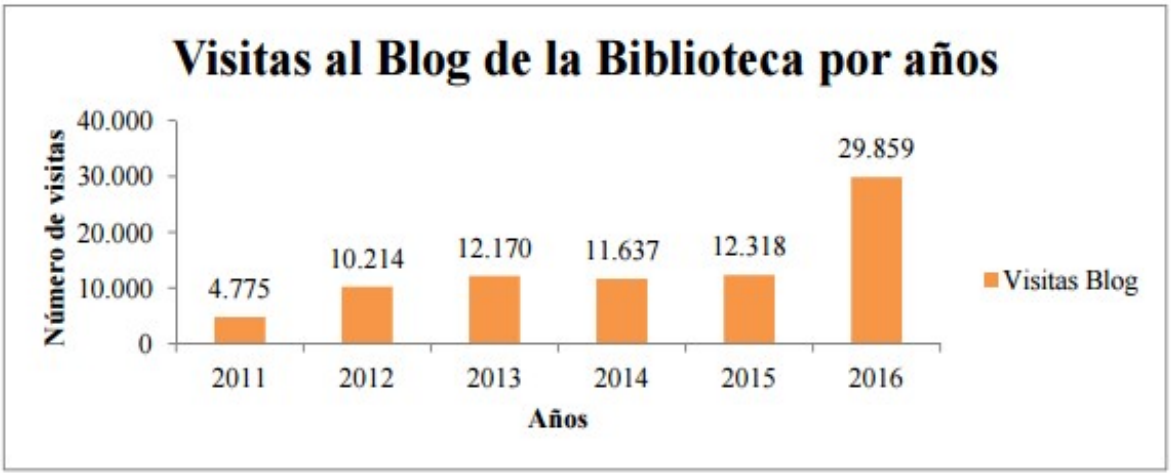
documentos que están disponibles en la Red de Bibliotecas Biosanitarias gcSalud del Principado de Asturias y de otros centros nacionales o extranjeros. Para ello tienen que darse de alta en el servicio, podrán consultar el listado de revistas tanto en papel como en electrónico que tiene la biblioteca y acceder a ellas, así como hacer peticiones, todas las peticiones se almacenarán en su perfil. Este servicio está integrado en las bases de datos PubMed y Embase.

– Servicio de Búsqueda Bibliográfica. Los usuarios ya sea física o virtualmente hacen solicitud a la Biblioteca de búsqueda de información sobre un tema determinado y se devuelven referencias o documentos pertinentes sobre el tema elegido.

– Servicio de formación de usuarios**. Se realizan sesiones individuales o por grupos sobre los recursos y servicios que tiene la Biblioteca, PubMed, gestores bibliográficos y otras bases de datos que tenemos disponibles.**

El equipo de la Biblioteca está formado por la bibliotecaria, Carolina Pinín Osorio, dos administrativas y tres auxiliares administrativas. Físicamente está ubicada en el espacio de docencia del HUCA, su horario es de lunes a viernes de 8.00 a 20.45h y virtualmente las 24h los 365 días del año en Enlace.

El servicio de la Biblioteca del HUCA es muy valorado por nuestros usuarios y muestra de ello es el crecimiento de visitas que ha experimentado el Blog durante el año 2016.



Para concluir podemos también destacar que actualmente se está llevando a cabo la tarea de unificación del fondo Bibliográfico en papel que se encontraba disperso en las ubicaciones del antiguo HUCA, (Biblioteca Instituto Nacional de Silicosis, Biblioteca del Hospital Covadonga y Biblioteca del Hospital General), esta labor concluirá en una colección única de fondos bibliográficos tanto de revistas como de libros desde la apertura de la Biblioteca del Hospital General en 1960.

Bibliografía

1. *Somovilla, Miguel 0. Hospital General de Asturias: crónica de un cuarto de siglo (1961-1986). Oviedo: Consejería de Sanidad. Hospital General de Asturias. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1987.*
2. *Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias. [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: https://bibliotecahuca.wordpress.com/*

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as: *Carolina Pinín Osorio. Bibliotecaria*
Título: *Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias*
Nº *12 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Coste-efectividad del Test prenatal no invasivo (TPNI), para la detección prenatal d-el Síndrome de Down, mediante la determinación de DNA fetal en sangre materna

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

20/04/2017

Mª Carmen García González

FM del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas

Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias

Hace unos meses Osteba, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ha publicado un Informe de evaluación del Test Prenatal No Invasivo (TPNI), para la detección prenatal del síndrome de Down (SD), mediante la determinación de DNA fetal en sangre materna.

El Informe evalúa la precisión diagnóstica y el coste del TPNI, en comparación con el Programa de cribado de anomalías cromosómicas fetales actual de la Comunidad Autónoma del Pais Vasco (CAPV), contemplando varios escenarios posibles: realización de un test contingente tras el test de cribado actual, con puntos de corte ? 1:270, 1:500 y 1:1000, o un TPNI primario a todas las gestantes; se comparan los costes calculados a partir de varios precios del TPNI: 550, 150 y 76 € (este último es el precio actual de los test bioquímicos de 1º y 2º trimestre).

El estudio se hace desde la perspectiva del financiador del SNS, con un horizonte temporal a corto plazo. La efectividad del modelo se ha medido de acuerdo con una medida intermedia del resultado (número de SD detectados), y no con una medida final como podrían ser por ejemplo los años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs).

A continuación se transcriben las *Conclusiones del Informe:*

- *Actualmente existe evidencia de alta calidad que indica que los TPNI no pueden considerarse pruebas diagnósticas para el SD.*
- *La evidencia científica indica que es de vital importancia confirmar los casos de SD con resultados positivos en los TPNI con una prueba invasiva (TI), como la amniocentesis o la biopsia corial, para confirmar la presencia de T21 mediante el análisis genético. De hecho, en la población general de embarazadas hasta un 20% de los resultados positivos en los TPNI pueden ser falsos positivos.*
- *En embarazos únicos, el rendimiento del cribado mediante los TPNI para el SD es superior al resto de estrategias de cribado que combinan la edad materna, los hallazgos ecográficos del primer y segundo trimestre y los marcadores séricos del primer y segundo trimestre.*
- *De cara a la adopción de los TPNI en los programas de cribado del SD, es importante comunicar a los clínicos y a las mujeres embarazadas que estos test genéticos tienen, como todas las pruebas realizadas en la práctica clínica, una precisión diagnóstica limitada. Por esta razón, se debe asegurar la provisión de información y asesoramiento adecuados tanto en el caso de resultado positivo como en el caso de resultado negativo tras los TPNI.*
- *El rango de tasa de fallo de los TPNI oscila desde*
- *La utilización de los TPNI como prueba contingente en un programa de cribado de SD, para un punto de corte de riesgo ?1:270 y un precio por TPNI de 550 €, aunque no detecta más casos de T21, lo que la convierte en una opción no coste-efectiva, parece ofrecer algún beneficio frente al cribado actual dado que disminuye el número de casos de abortos involuntarios relacionados con las TI. Una disminución del punto de corte de riesgo hasta ?1:500, ocasionaría un mayor número de casos de SD detectados, a un coste un 4% superior, por lo que podría convertirse en una alternativa coste-efectiva.*
- *La utilización de los TPNI como prueba primaria en un programa de cribado de SD, a un precio por TPNI de 550 €, parece ofrecer beneficios frente al cribado actual con punto de corte ?1:270, pues aumenta el número de casos de SD detectados y disminuye el número de casos de abortos involuntarios relacionados con la TI, aunque todo ello a un coste muy superior. Para que sea una alternativa coste-efectiva con respecto al cribado actual, su precio debería disminuir hasta ser similar al de las pruebas bioquímicas del 1er y 2º trimestre.*
- *En caso de que los TPNI se adopten en los programas de cribado del SNS, se requiere registrar debidamente los resultados, incluyendo los test fallidos, para permitir la evaluación del rendimiento de estos test en la práctica clínica real, dado que su precisión diagnóstica suele variar con respecto a la observada en los estudios publicados en la literatura científica".*

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as: *Mª Carmen García González FM del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas*
Título: *Coste-efectividad del Test prenatal no invasivo (TPNI), para la detección prenatal del Síndrome de Down, mediante la determinación de DNA fetal en sangre materna*
Nº *5 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

13/09/2017

Carmen Natal. Técnica de Salud. Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA).

El cáncer de cérvix, es un tumor con una baja incidencia y mortalidad en España. Esta situación se atribuye, en parte, a la realización de citologías cervicovaginales desde hace varias décadas. Estas pruebas se realizan, con frecuencia de manera oportunista desde diferentes servicios sanitarios (consultas de atención primaria, servicios de ginecología, o centros de orientación familiar).

La cartera de servicios comunes de atención primaria[1] incluye entre las actividades preventivas la detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.

Por otra parte, la vacunación sistemática frente al virus del papiloma humano (VPH), y el desarrollo de las técnicas de detección del VPH, representan una oportunidad de modificación a medio plazo de las bases con las que hay que realizar este cribado (población objetivo, prueba de cribado, intervalo entre exploraciones) así como la forma de ofertarlo. La Unión Europea ha actualizado la guía de calidad del cribado de cáncer de cérvix adaptándola a este nuevo escenario e incluyendo recomendaciones para mejorar la detección precoz del cáncer de cérvix.

El Ministerio de Sanidad ha publicado dos informes realizados en el Estado español en 2016 con el objetivo de evaluar el impacto de la implantación de estrategias de cribado poblacional mediante detección de VPH como prueba primaria.

Enlace

Enlace

El informe de OSTEBA concluye que la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix puede reducir de forma significativa y relevante la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix en relación al cribado oportunista, si se realiza de forma organizada y con un control de su calidad adecuado.

La alternativa de cribado organizado con determinación de ADN del VPH y triaje con citología en mujeres de 35 a 65 años presenta, una tasa de detección relativa significativamente superior que la citología de lesiones CIN2+ (71%) y de lesiones CIN3+ (79%), una especificidad relativa no estadísticamente diferente a la de la citología y un valor predictivo positivo superior al de la prueba citológica para la detección de CIN2+ (30%) y 41% superior en el caso de las lesiones CIN3+.

El coste total atribuible a un año del programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix propuesto es de 1.461.455 €, para una población de mujeres de entre 25-65 años invitada de 117.343 y cribada de 100.000 y el del programa oportunista de 1.235.000 €, para 100.000 pruebas de cribado de cáncer de cérvix realizadas a mujeres de entre 25-65 años.

El informe de AQuAS evalúa el coste-efectividad de diferentes pruebas de cribado de cáncer de cérvix incluyendo las estrategias oportunistas actuales y estrategias poblacionales en diferentes escenarios de cribado y vacunación, Sus conclusiones son coincidentes con el informe anterior: una estrategia de prevención basada en la vacunación frente el VPH de niñas preadolescentes combinada con cribado utilizando el VPH como prueba primaria es una estrategia coste-efectiva.

Este informe propone diferentes alternativas de edad de inicio y fin de cribado en función de la vacunación previa frente a VPH En cuanto a la estimación de costes para el cribado actual el coste directo promedio anual por mujer en edad de cribado (de 25 a 65 años) que pagaría el SNS con una cobertura del 40% se estima en 9,4 €, aumentando a 23,4 € cuando solo se tiene en cuenta la población cribada, para cribado mediante la prueba de VPH cada 5 años y con una cobertura del 70%, el coste medio anual por mujer en edad de cribado (de 30 a 70 años) se estimaría en 9,8 €, aumentando a 14,0 € por mujer cribada, cifras muy similares a las aportadas en el estudio de OSTEBA.

Ambos informes destacan la necesidad de una base organizativa adecuada para implementar el programa de cribado poblacional y en el caso del realizado por Díaz y de Sanjosé, proponen acciones específicas para la transición.

La prevención del cáncer de cuello de útero es un ejemplo del largo camino que recorren algunas tecnologías efectivas hasta generalizar su uso en el sistema sanitario. En 1992 se establece su relación causal con el VPH[2], en 2007 se aprueba la introducción de la vacunación en el calendario vacunal de SNS y en 2015 el IARC actualiza las recomendaciones con respecto al cribado[3] recomendando la determinación (VPH) oncogénico puede utilizarse como prueba primaria en programas de cribados organizados y poblacionales, siempre y cuando se sigan las directrices para asegurar la calidad en cribados de cáncer cervical. Este informe aporta herramientas para la adecuación de la detección precoz de cáncer de cérvix a las nuevas recomendaciones.

Bibliografía

1. *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*
2. *Muñoz N, Bosch FX, Desanjose S y cols. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain. Int J Cancer. 1992; 52:743-9.*
3. *von Karsa L, Arbyn A, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, Patnick J, Ronco G, Segnan N, Suonio E, Törnberg S & Anttila A (2015). Executive summary. In: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition, Supplements. Anttila A, Arbyn A, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, Patnick J, Ronco G, Segnan N, Suonio E, Törnberg S & von Karsa L (eds.). European Commission, Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, pp XIII–XXIV.*

ver informe completo

Palabras clave:
Cáncer de cérvix, Organización de unidades y servicios, Otras, Programas de cribado poblacional, Tecnologías organizativas, Tecnologías preventivas, VPH

e-notas de evaluación
Autores/as: *López de Argumedo González de Durana M, Bayón Yusta JC, Mateos del Pino M. Impacto de la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix, siguiendo las recomendaciones europeas (prueba/intervalo) en relación a la situación actual. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.*
Título: *Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix*
Nº *9 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Análisis para la Estrategia de la Cooperación de la Innovación Europea sobre el En-
vejecimiento activo y saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el período 2016-2020

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

19/12/2017

Mario Margolles Martins. Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias

En el año 2016, la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III**, ha publicado un Informe analizando la Estrategia de la Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIPonAHA) y su impacto en España.

El Informe evalúa, a través de un **enfoque AEVAL** de análisis documental y **encuesta de percepción** a expertos complementada por un análisis **DAFO** de fortalezas y debilidades del programa, la primera fase de la Cooperación de Innovación Europea en este ámbito (2011-2015), así como las sinergias y mecanismos de mejora de la eficiencia en la implantación de actividades además de analizar los logros de la estrategia y su potencial en España.

La Estrategia se pone en marcha por el incremento del envejecimiento en Europa y el aumento de demandas de cuidados de calidad y el avance de tecnologías costosas y eficaces. Propone llevar a cabo un abordaje integral de salud pública y la provisión de servicios de salud y cuidados, transformando los sistemas para que respondan a las nuevas características y necesidades de la población y donde el envejecimiento activo y saludable constituya un marco para la acción sobre la salud. Pero al mismo tiempo capacitar al sistema para que pueda absorber el desarrollo tecnológico innovador.

Con ello el programa intenta incrementar en 2 años la vida saludable de los ciudadanos europeos para el 2020 y tres objetivos generales *(triple win*): mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los ciudadanos europeos, mejorar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la competitividad de la industria europea.

El programa se ha estructurado en varios periodos de implementación, el primero del 2012-2015 y el segundo 2016-2018, y se supone que es previsible un tercero del 2018-2020.

La estrategia europea ha tenido un impacto relevante en los últimos años y constituye una red de socios y colaboradores interesantes, pero alguna red de expertos indica que responde a necesidades prioritarias y podían facilitar el crecimiento económico y el bienestar europeo, pero parecía que le faltaba consistencia en ejecución. Parecía que incrementaba considerablemente el conocimiento y las redes, pero la implementación de la innovación tienen dificultades especialmente en España que es el país con más *Reference Sites (RS)* galardonados, es decir que el paso del nivel estratégico al operativo parece no haberse llevado a cabo de forma satisfactoria siendo difícil demostrar el impacto esperado.

Los resultados obtenidos en el estudio indican la necesidad y pertinencia de esta estrategia y su capacidad para movilizar una importante masa crítica, especialmente en España (un 25% del trabajo colaborativo de toda Europa) y en la que se reconoce el papel de Asturias como *Reference Site*. Ha demostrado un indudable impacto en España, si bien existen áreas de mejora y potenciales amenazas en su implementación que incluye pilares de intervención como la prevención, cribado y diagnóstico precoz; el curar y cuidar y el envejecimiento activo y vida independiente a pesar de haber incluido una estrategia de escalabilidad para su implementación. Las áreas de mejora se centran en el alineamiento de los niveles de decisión, la aceptación de los pacientes para el uso de la tecnología, las inovaciones disruptivas, y cambios de cultura y transmisión del conocimiento más adecuado.

A continuación se transcriben las **Conclusiones del Informe**:

1. EL EIPonAHA constituye una estrategia europea de gran impacto en España basada en necesidades contrastadas relevantes que aportan soluciones al problema del cambio demográfico y el avance tecnológico.

2. EL EIPonAHA supone un marco de aprendizaje y de oportunidades para mejorar la implementación de la innovación en España.

3. Mejorar la coordinación y comunicación a nivel nacional de los RS es posiblemente uno de los instrumentos que probablemente impacten más en la implementación de la estrategia.

4. Es necesario el alineamiento de las políticas de los distintos sectores que impactan en el envejecimiento activo y saludable, para mejorar la implementación de la innovación tecnológica y organizativa y actuar en la transformación socio-sanitaria adecuadamente.

5. Es necesario actuar en las barreras de la implementación de la innovación con una actuación contundente y

decidida al menos en lo que sustente la coproducción con los usuarios, pacientes y profesionales.

6. Es esencial implementar mecanismos homogéneos de monitorización y evaluación que aseguren la traslación del conocimiento y la transformación socio-sanitaria basada en evidencias.

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as: *Mario Margolles Martins. Dirección General de Salud Pública*
Título: *Análisis para la Estrategia de la Cooperación de la Innovación Europea sobre el Envejecimiento activo y saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el período 2016-2020*
Nº *13 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS

Guías de práctica clínica

22/03/2017

El Ministerio de Sanidad, mediante la coordinación desde GuíaSalud, en el marco de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), edita esta Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre cuidados perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal.

Los cuidados perioperatorios comienzan cuando se decide el tratamiento quirúrgico del paciente y terminan en el momento del alta hospitalaria. Incluyen procedimientos y prácticas muy diversas que tienen como objetivo preparar física y emocionalmente al paciente y a su familia, favorecer el éxito de la intervención, prevenir complicaciones y disminuir el tiempo de convalecencia y de permanencia en el hospital. Tienen un carácter multidisciplinar que requiere de la coordinación entre distintas especialidades y niveles de la atención sanitaria.

El objetivo de la GPC es servir de instrumento para mejorar la atención sanitaria de los pacientes a los que se les va a realizar un procedimiento de cirugía mayor electiva con abordaje abdominal. Ofrece un conjunto de recomendaciones relacionadas con el manejo del paciente antes, durante y después de la intervención con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y de este modo optimizar la recuperación y rehabilitación postoperatorias.

La población diana de la GPC son todos los pacientes mayores de 18 años con un proceso patológico intraabdominal que requiere cirugía mayor no urgente (electiva).

Esta GPC va dirigida a todo profesional sanitario implicado en la atención del paciente candidato a cirugía mayor abdominal electiva, principalmente médicos especialistas en cirugía, anestesia, nutrición, urología, ginecología, y enfermería. También es de interés para administradores, gestores clínicos y coordinadores de calidad. Por último, también se dirige a los pacientes y a sus familiares y cuidadores.

Ha sido elaborada, de acuerdo a la metodología de elaboración de GPC de GuíaSalud y establece recomendaciones para las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria

ver informe completo

e-notas de evaluación
Autores/as:
Título: *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS*
Nº *3 de 2017*
Disponible en: *Enlace a la noticia*

Consejo Director:

Martín Caicoya Gomez-Morán
Luisa García Menéndez
Elvira Muslera Canclini
Carmen Natal Ramos

Comité Editorial:

Beatriz Braña Marcos
Martín Caicoya Gomez-Morán
Sergio Calleja Puerta
Mercedes Corrales Canel
Pablo Fernández Muñiz
Luis Gago Argüello
Jesús Vicente García González
Luisa García Menéndez
Natalia Méndez Menéndez
Gracia Modroño Riaño
Elvira Muslera Canclini
Carmen Natal Ramos
Luisa Nicieza García
Pablo Pérez Solís
Carolina Pinín Osorio
Roberto Rodríguez Rego
Gonzalo Solís Sánchez
Adolfo Suárez González

Oficina Editorial

Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias (OETSPA)
Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Plaza del Carbayón 1 y 2
33001 Oviedo
E-mail: oetspa@sespa.es
Twitter: @enotas

e-notas es un espacio para la difusión, divulgación y discusión del conocimiento en temas relacionados con la evaluación de los servicios sanitarios, dirigida a profesionales sanitarios. Su principal objetivo es fomentar la cultura de la evaluación y la investigación dentro del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Depósito Legal: As 1134/2001
ISSN: ISSN 2603-6576
© 2017 Derechos reservados