Editorial

Los cuidados paliativos en el reconocimiento del otro y de uno mismo.

2/02/2016

Juan Santos Suárez

Médico EACP Oviedo.

El dolor emocional es el eje sobre el que se mueven los miedos, inseguridades, y sentimientos de aquellas personas que cuidan a su ser querido en el final de la vida y adquieren una mayor expresividad cuando la atención se realiza en el domicilio, y en menor medida en el medio hospitalario.

Las emociones de las cuidadoras, porque lo son en mayor número que los cuidadores, se expresan ante la agonía del moribundo en la medida en que no se han verbalizado anteriormente. Son momentos muy delicados en donde el equipo de apoyo de cuidados paliativos (EACP) debe reconocer y aceptar los sentimientos de la familia y expresar que el trabajo por ellos realizado, a lo largo de todo ese tiempo de atención al enfermo, ha posibilitado la permanencia del ser querido en su domicilio.

Sin ese querer hacer de los allegados, el apoyo profesional de los EACP y del equipo de atención primaria esto no hubiera sido posible. Transformar los miedos e inquietudes en seguridad y confianza, todo ello a través de la palabra y del quehacer profesional, dejar que sea la familia la protagonista en la toma de decisiones y permanecer en continuo contacto con ella a lo largo del tiempo de vida del enfermo es la misión de los cuidados paliativos.

En el cuidado de nuestro ser querido, ya enfermo, expresamos los valores que orientan nuestra vida, y en ellos nuestro comportamiento a través de la *intención* y *voluntad*[1] en definitiva nuestra espiritualidad, *fuente de las emociones humanas* . Es un camino difícil, en ocasiones de sentimientos encontrados entre el amor y la necesidad de reconciliación con el otro y con uno mismo, de perdón, con momentos de profunda tristeza y también de alegría en la experiencia del cuidado del otro y en las cosas que somos capaces de sentir y expresar.

Con la creación y puesta en funcionamiento de los Equipos de Apoyo de Cuidados Paliativos (EACP) en Asturias (2009/2010) impulsados por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (2007) cada Área Sanitaria del Principado dispone de uno o más EACP en función del número de habitantes. Los enfermos y sus familias han visto con satisfacción como la atención sanitaria de estos EACP, en coordinación con los médicos de Atención Primaria, mejora la vida de la persona enferma y con ella la de su familia haciendo posible su cuidado en el domicilio.

Esto que viven a diario los EACP es la expresión de una filosofía del cuidado y organización en un sistema coordinado por un equipo interdisciplinar[2] que colabora y se comunica en las necesidades del cuidado, que respalda las esperanzas de búsqueda de sosiego y dignidad del paciente y de la familia a lo largo de la enfermedad, del proceso de muerte y después de esta, es lo que la Organización Mundial de la Salud definió, en 2002 como atención paliativa: *Un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal*[3].

Se ha avanzado mucho en los cuidados paliativos, tanto en su cuerpo de conocimientos como en el número de personas que trabajan en este campo. Se evoluciona desde unos cuidados paliativos hacia una medicina paliativa donde la patología cancerosa ya no es el único motivo de inclusión en este tipo de cuidados sino también enfermedades e insuficiencias de órgano: patologías cardiacas, respiratorias, hepáticas..., todas ellas se afrontan en un número cada vez

mayor desde la mentalidad de una medicina donde los cuidados y el hacer médico aportan un extra no conseguido anteriormente al mejorar calidad y vida.

Desde el punto de vista de la persona enferma en su camino hacia la muerte, cuando la clínica está controlada, la enfermedad supone una pérdida de capacidad física, un temor a hacer lo que se hacía antes sin dificultad, un aburrimiento, un dejarlo todo arreglado, un prestar más atención a la vida, un vivir más intenso…, un interrogante. Ese tiempo final puede servir para la reconciliación, para la reflexión, para revisitar la vida, para valorarla en su conjunto, para redimensionarla y darle un sentido. Aunque no cabe duda que la enfermedad nos descarna y muestra lo que realmente se es, uno muere como vive. Finalmente siempre es reconfortante oír esta frase en boca de la familia: yo firmaría por morir así.

Bibliografía

1. *Mo? e ben Maimon (Maimónides) [Môre^{h} n^{e}bû? îm]. Guía de Perplejos. Edición de David Gonzalo Maeso. Ed. Trotta. 3ª ed. Madrid, 2001. p.121.*
2. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 3rd edition. National Consensus Project for Quality Palliative Care. USA. p. 9. 2013. http:// www.nationalconsensusproject.org/ NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf (consultado el 12 enero 2016)*
3. *Control del ca? ncer. Aplicacio? n de los conocimientos Gui? a de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados paliativos. OMS, 2007. http:// www.msssi.gob.es/ organizacion/ sns/ planCalidadSNS/ docs/ Modulo5.pdf (consultado el 12 enero 2016)*

Reseñas de Investigación

El manejo de contingencias para dejar de fumar entre pacientes que buscan tratamiento en un entorno comunitario

11/01/2016

Carla López Núñez, Fernando Alonso Pérez, Roberto Secades Villa

Unidad Clínica de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo

Proyecto FIS/ FICYT: Este manuscrito ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN) (PSI2011-22804) y por la Beca Predoctoral BP12-037 de la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

Resumen

La mayoría de los intentos de dejar de fumar fracasan, y por ello es necesario añadir a los programas para dejar de fumar existentes técnicas innovadoras que aumenten su eficacia. Este estudio evaluó el efecto del Manejo de Contingencias (MC) combinado con un Tratamiento cognitivo- Conductual (TCC) sobre las tasas de retención y abstinencia durante el tratamiento y al final del mismo. Un total de 154 pacientes que buscaban tratamiento en un entorno comunitario fueron asignados aleatoriamente a TCC, TCC más MC para abstinencia (MCA) o TCC más MC con moldeamiento (MCM). Los resultados muestran que ambos procedimientos de TCC +MC mejoraron las tasas de retención y de abstinencia en comparación con TCC solo. Estas conclusiones apoyan la generalización de este tipo de procedimientos para dejar de fumar en entornos comunitarios.

Introducción

El consumo de tabaco sigue siendo el problema de salud que causa más mortalidad y morbilidad en España[1] y parece estar asociado negativamente con la calidad de vida[2]. A pesar de los significativos progresos alcanzados, un alto porcentaje de pacientes recae en los meses siguientes tras el abandono[3], por lo que se necesitan estrategias de intervención más eficaces que contengan componentes específicos de prevención de recaídas a largo plazo.

Una de las modalidades de intervención más eficaces para el tratamiento de las conductas adictivas relacionadas con una amplia variedad de drogas, incluyendo el tabaco, es el Manejo de Contingencias (MC), un enfoque que normalmente implica recompensas contingentes a la verificación objetiva del estatus autoinformado[4-6]. Este tratamiento se basa en el principio del condicionamiento operante, sugiriendo que la conducta de consumo de drogas se produce en un contexto de contingencias ambientales que hacen más o menos probable su ocurrencia[4]. En general, los procedimientos basados en el MC seleccionan como conducta objetivo de cambio la abstinencia o la reducción del consumo de una determinada sustancia, y la monitorización del consumo se realiza a través de pruebas bioquímicas tales como el monóxido de carbono en aire espirado (CO) o la cotinina en orina[4, 6]. Cuando la analítica es negativa (ausencia de droga), el paciente recibe el reforzador. Si la analítica es positiva, el paciente no recibe dicho reforzador y en ocasiones puede tener incluso otras consecuencias negativas asociadas.

Aplicado en el ámbito del tabaquismo, este procedimiento ha demostrado altas tasas de éxito tanto con fumadores no motivados a dejar de fumar[7], como con personas interesadas en abandonar el consumo[8]. Numerosos estudios han demostrado también la eficacia del uso de incentivos para dejar de fumar en poblaciones especiales, tales como jóvenes[9], mujeres embarazadas[10] o pacientes dependientes de otras sustancias[11], entre otros.

No obstante, la investigación previa acerca de los programas para dejar de fumar que han incorporado el protocolo de MC presenta ciertas limitaciones que deben ser solventadas. La mayoría de los estudios han sido desarrollados con

poblaciones especiales de fumadores y, en el caso de la población general, con fumadores no motivados a dejar de fumar o con pacientes motivados pero en contextos de laboratorio muy controlados. Hasta el momento, apenas existen estudios publicados que examinen la eficacia para dejar de fumar de las técnicas de MC basadas en el uso de incentivos entre pacientes de la población general que buscan tratamiento en un entorno comunitario[6, 12].

Objetivos

En este estudio hemos combinado dos protocolos diferentes de MC con un Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) en formato grupal. En el primer protocolo de MC se entregaron incentivos contingentes a la abstinencia, y en el segundo contingentes las reducciones graduales de nicotina. A pesar de que estudios previos sugieren que los procedimientos de moldeamiento pueden ayudar a los individuos a alcanzar la abstinencia[13], este esquema requiere de una mayor investigación, ya que la evidencia es aún escasa. El objetivo principal ha sido evaluar el éxito de una intervención para el tratamiento del tabaquismo realizada en un contexto comunitario y basada en un programa multicomponente que incorpora dos módulos diferentes de MC mediante la utilización de incentivos.

Metodología

Participantes

Este estudio fue desarrollado en la Unidad Clínica de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo[14]. Los participantes fueron fumadores que buscaban tratamiento de la población general. Los criterios de inclusión del estudio fueron ser mayor de 18 años, cumplir los criterios diagnósticos de dependencia de nicotina de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (cuarta ed., texto rev.; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM– IV– TR[15]), haber fumado 10 o más cigarrillos al día en los 12 meses previos, y estar dispuesto a asistir a la clínica dos veces por semana. Excluimos a pacientes que presentaron un trastorno psiquiátrico grave o a aquellos estaban recibiendo otro tratamiento para dejar de fumar.

Un total de 154 personas (38,3% hombres and 61,7% mujeres) fueron incluidas en el estudio. La edad media fue 44,58 años (*DT* = 12,64), la media de cigarrillos fumados por día fue 21,10 (*DT* = 8,52) y la puntuación media del Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND[16]) fue 5,53 (*DT* = 1,91).

Los participantes seleccionados fueron asignados al azar al grupo TCC (*N* = 48), al grupo TCC más MC para Abstinencia (MCA) (*N* = 51) o al grupo TCC más MC con Moldeamiento(MCM) (*N* = 55). No hubo diferencias significativas (p<.05) en las características de la línea base entre los tres grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la Muestra

	TCC (*n* = 48)	TCC +MCA (*n* = 51)	TCC +MCM (*n* = 55)	*p*
Edad (años) [a]	46,60 ± 12,19	44,02 ± 12,20	43,33 ± 13,41	,395
Género (% mujeres)	60,4	64,7	60,0	,863
Cigarrillos por día [a]	21,9 ± 8,54	21,63 ± 8,79	19,91 ± 8,26	,432
Años de consumo regular [a]	26,29 ± 11,73	25,20 ± 11,76	25,31 ± 13,20	,888
Puntuación FTND [a]	5,75 ± 1,89	5,67 ± 1,76	5,20 ± 2,04	,282
CO (ppm)	15,69 ± 7,29	14,73 ± 6,28	17,87 ± 8,93	,096

[a] = Medias ± DT; TCC = Tratamiento Cognitivo Conductual; TCC +MCA: Tratamiento Cognitivo Conductual más Manejo de Contingencias para Abstinencia; TCC +MCM: Tratamiento Cognitivo Conductual más Manejo de Contingencias con Moldeamiento; FTND = Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina; CO (ppm) = monoxido de carbono (partes por millón)

Instrumentos

Durante la sesión de evaluación inicial se obtuvo la historia clínica de los participantes con el objetivo de recopilar los datos sociodemográficos y las características del consumo de tabaco. Los participantes también proporcionaron una muestra de CO en la línea base utilizando un Micro Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd., Rochester, UK). Además, se utilizó un analizador químico BS-120 (Shenzhen Mindray Bio- medical Electronics Co. Ltd., Shenzhen, P. R. China) para determinar los niveles semi- cuantitativos de cotinina en orina a través de un sistema de inmunoensayo enzimático homogéneo. La abstinencia autoinformada fue verificada por un resultado negativo de CO (igual o menor a 4 partículas por millón, ppm) y por un resultado negativo de cotinina en orina (igual o menor a 80 nanogramos por mililitro, ng/ ml).

Tratamientos

(1) *Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC)*

Este tratamiento consistió en una intervención basada en previos estudios[14, 17, 18], implementada en sesiones grupales de seis pacientes. Cada sesión duró aproximadamente una hora y se llevó a cabo una vez por semana durante 6 semanas. Los componentes del programa de TCC fueron: información acerca del tabaco, contrato conductual, autorregistros y representación gráfica del consumo, desvanecimiento de la ingesta de nicotina (reducción semanal del 30% desde la primera a la cuarta semana, y abstinencia desde la quinta sesión en adelante), control de estímulos, entrenamiento en conductas alternativas, refuerzo social y estrategias de prevención de recaídas. Las muestras de CO y cotinina fueron recogidas dos veces a la semana (coincidiendo con la sesión semanal de TCC y con una segunda visita programada a mitad de semana). Los participantes no recibieron ningún tipo de recompensa a cambio de lograr la abstinencia.

(2) *TCC más MC para Abstinencia (MCA)*

Este programa fue desarrollado como en la anterior condición de TCC, pero añadiendo un procedimiento de MC que incluyó un programa de vales para reforzar la abstinencia. Con este objetivo, verificamos las muestras de cotinina recogidas en la quinta sesión de TCC (la primera sesión después de que se requiriera que el paciente estuviera abstinente) en adelante. Los participantes que entregaban una analítica negativa de cotinina ganaban puntos intercambiables por recompensas empleando un programa de magnitud de reforzamiento escalado (se ganaban 80 puntos, con un incremento de 20 puntos para cada muestra negativa consecutiva) con una contingencia de reinicio (las muestras positivas de cotinina o la no entrega de una muestra programada restablecía el valor de nuevo a los 80 puntos iniciales). Para garantizar que las recompensas funcionaran como refuerzos para la conducta de los participantes, se requerían también un resultado negativo de CO y la abstinencia autoinformada. La máxima cantidad que los pacientes podían ganar era 300 puntos (1 punto = 1€), intercambiados por recompensas con una variedad de usos, incluyendo actividades de ocio, eventos deportivos, gimnasios, restaurantes, compras en grandes almacenes, y servicios de spa y de belleza.

(3) *TCC más MC con Moldeamiento (MCM)*

Los pacientes de este grupo recibieron el mismo tratamiento que el grupo de TCC más MCA, sólo con una diferencia. El procedimiento de MCM reforzó tanto las aproximaciones a la abstinencia (desde la primera a la cuarta sesión) como la abstinencia (desde la quinta sesión en adelante). La primera reducción semanal del 30% del valor de la nicotina recogida en la evaluación inicial (en la primera semana del tratamiento) ganó 12 puntos, con un incremento de 4 puntos

tanto para cada posterior reducción de nicotina del 30% como para la abstinencia después de la quinta sesión de TCC (se podía ganar un máximo de 300 puntos). Las muestras positivas de cotinina o la no entrega de una muestra programada restablecían el valor de nuevo a los 12 puntos. Sin embargo, la entrega de dos muestras negativas consecutivas suponía una vuelta al valor antes del reinicio.

Variables dependientes analizadas

Con el objetivo de evaluar el éxito del tratamiento se analizaron las siguientes variables de resultado: (1) punto de prevalencia en el post- tratamiento, evaluado como el porcentaje de participantes que lograron alcanzar la abstinencia al final del tratamiento; (2) días de abstinencia continuada en el post- tratamiento, es decir, el número de días durante el tratamiento en los cuales los participantes se mantuvieron abstinentes de forma continuada (sin fumar incluso una calada a un cigarrillo); y, (3) tasa de retención, evaluada como el porcentaje de fumadores que finalizaron el tratamiento.

Análisis de datos

Varios análisis descriptivos y de frecuencias fueron llevados a cabo con respecto a las características de los participantes. Las comparaciones entre los grupos de tratamiento fueron realizadas utilizando un Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor para las variables continuas y el test χ^2 para las variables dicotómicas. El nivel de confianza fue del 95%, y el paquete estadístico utilizado fue el SPSS (V19; SPSS, Inc., Chicago, IL).

Resultados

Punto de prevalencia en el post- tratamiento

Los pacientes asignados a las condiciones de tratamiento que incluían el protocolo de MC lograron mejores resultados de abstinencia (punto de prevalencia) en comparación con el tratamiento estándar (χ^2 = 27,963; p<.01). En concreto, las tasas de abstinencia fueron significativamente mayores en el grupo TCC +MCM (52/55; 94,5%) y TCC +MCA (48/51; 94,1%), en comparación con el grupo TCC solo (29/48; 60,4%).

Días de abstinencia continuada en el post- tratamiento

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el número de días de abstinencia continuada para las tres condiciones (F (2, 151) = 8,679, p<.01). El promedio de días de abstinencia continuada para los pacientes incluidos en el grupo de TCC +MCM (M = 10,73; DT = 6,054) y TCC +MCA (M = 10,08; DT = 6,788) fue significativamente superior al promedio de días de abstinencia continuada en el grupo TCC solo (M = 5,67; DT = 6,987).

Tasa de retención

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa para la tasa de retención entre los tres grupos (χ^2 = 12,557; p = .002). El porcentaje de pacientes que finalizó el tratamiento en los grupos TCC +MCM (55/55: 100%) y TCC +MCA (49/51: 96,1%) fue significativamente mayor que el porcentaje de pacientes que finalizó el tratamiento en el grupo control (40/48: 83,3%).

Discusión

El objetivo de esta investigación ha sido evaluar el éxito de una intervención para el tratamiento del tabaquismo realizada en un contexto comunitario y basada en un programa multicomponente que incorpora dos módulos diferentes de MC mediante la utilización de incentivos. El presente estudio muestra que los pacientes asignados a ambos protocolos de MC lograron resultados significativamente superiores al grupo control en todas las variables analizadas.

En primer lugar, ambos procedimientos de MC (reforzar la abstinencia y las aproximaciones sucesivas a la abstinencia) aumentaron el porcentaje de pacientes abstinentes en la evaluación post- tratamiento en comparación con el TCC solo. Por tanto, este protocolo es factible y viable para pacientes que buscan tratamiento en condiciones más estándar (es

decir, en entornos comunitarios). Estos resultados representan una extensión de las conclusiones de estudios previos que ya habían mostrado que el MC es una intervención eficaz para el tratamiento del tabaquismo en diversas poblaciones [4, 6, 12, 14].

Por otro lado, los grupos que incluían el protocolo de MC lograron un número significativamente mayor de días de abstinencia continuada durante el tratamiento en comparación con el grupo control. En particular, el número de días de abstinencia continuada para ambos grupos de TTC +MC fue casi el doble que para el grupo de TCC solo. Es de destacar que, a pesar de que las recompensas en el grupo de MCA fueron contingentes a la abstinencia al final del tratamiento, este protocolo también aumentó la abstinencia temprana durante el programa para dejar de fumar. Parece que las recompensas incrementaron la motivación para el cambio durante el tratamiento, debido a la expectativa de refuerzo al final del tratamiento[4, 14]. Creemos que estos resultados son clínicamente significativos teniendo en cuenta la influencia de la abstinencia temprana sobre el éxito de los programas para dejar de fumar a largo plazo[14, 19, 20].

De acuerdo con la literatura previa[14, 21, 22], ambos procedimientos de MC mejoraron la tasa de retención, ya que un porcentaje significativamente superior de pacientes asignados a los grupos TCC +MCA y TCC +MCM finalizaron el programa en comparación con el tratamiento estándar. Al igual que la abstinencia temprana durante el tratamiento, este resultado es clínicamente relevante debido a que la finalización de un programa para dejar de fumar normalmente se asocia con mejores resultados de abstinencia a largo plazo[22, 23].

Algunas limitaciones del estudio merecen atención. Por un lado, esta investigación reclutó a más mujeres que a hombres, lo que podría limitar la representatividad de la muestra de la población fumadora. Sin embargo, investigaciones previas han demostrado que las mujeres intentan dejar de fumar más veces que los hombres[24]. En segundo lugar, nuestro estudio evalúa la abstinencia al final del tratamiento, y sería útil evaluar el efecto del MC a largo plazo. Sin embargo, a pesar de tales limitaciones, nuestros resultados indican que los protocolos de MC permiten lograr significativamente mejores resultados tanto en relación a la tasa de retención, como de abstinencia durante el tratamiento y al final del mismo. Estas conclusiones apoyan la generalización de este tipo de procedimientos para dejar de fumar en entornos comunitarios.

Bibliografía

1. *Camarelles Guillem, F., González- Gallarza, R.D., Clemente Jiménez, L., Díaz- Maroto Muñoz, J.L., Lozano Polo, A., Pinet Ogué, M.C., y grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Medicina Clínica, 140, 272.e1-272.e12. doi: 10.1016/ j.medcli.2012.10.013*
2. *Becoña, E., Vázquez, M. A. , Míguez, M. C., Fernández del Río, E., López- Durán, A., Martínez, Ú., y Piñeiro, B. (2013). Smoking habit profile and health- related quality of life. Psicothema, 25, 421-426. doi: 10.7334/ psicothema2013.73*
3. *García- Rodríguez, O., Secades- Villa, R., Flórez- Salamanca, L., Okuda, M., Liu, S. M., y Blanco, C. (2013). Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug and Alcohol Dependence, 132, 479-485. doi: 10.1016/ j.drugalcdep.2013.03.008*
4. *Higgins, S. T., Silverman, K., y Heil, S. H. (2008). Contingency management in substance abuse treatment. New York, NY: The Guilford Press.*
5. *Secades- Villa, R., García- Rodríguez, O., López- Núñez, C., Alonso- Pérez, F., y Fernández- Hermida, J.R. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment- seeking patients in a community setting. Drug and Alcohol Dependence, 140, 63-68. doi: 10.1016/ j.drugalcdep.2014.03.030*

6. *Sigmon, S. C., y Patrick, M. E. (2012). The use of financial incentives in promoting smoking cessation. Preventive Medicine, 55, S24- S32. doi: 10.1016/ j.ypmed.2012.04.007*
7. *Lamb, R. J., Morral, A. R., Kirby, K. C., Javors, M. A., Galbicka, G., y Iguchi, M. (2007). Contingencies for change in complacent smokers. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15, 245-255. doi: 10.1037/1064-1297.15.3.245*
8. *Lamb, R. J., Kirby, K. C., Morral, A. R., Galbicka, G., y Iguchi, M. Y. (2010). Shaping smoking cessation in hard- to- treat smokers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 62-71. doi: 10.1037/ a0018323*
9. *Cavallo, D. A., Nich, C., Schepis, T. S., Smith, A. E., Liss, T. B., McFetridge, A. K., y Krishnan- Sarin, S. (2010). Preliminary examination of adolescent spending in a contingency management based smoking cessation program. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 19, 335-342. doi: 10.1080/1067828X.2010.502498*
10. *Higgins, S. T., Washio, Y., López, A. A., Heil, S. H., Solomon, L. J., Lynch, M. E., . . . Bernstein, I. M. (2014). Examining two different schedules of financial incentives for smoking cessation among pregnant women. Preventive Medicine, 68, 51-57. doi: 10.1016/ j.ypmed.2014.03.024*
11. *Dunn, K. E., Sigmon, S. C., Reimann, E. F., Badger, G. J., Heil, S. H., y Higgins, S. T. (2010). A contingency-management intervention to promote initial smoking cessation among opioid- maintained patients. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18, 37-50. doi: 10.1037/ a0018649*
12. *Ledgerwood, D. M. (2008). Contingency management for smoking cessation: Where do we go from here? Current Drug Abuse Reviews, 1, 340-349. doi: 10.2174/1874473710801030340*
13. *Romanowich, P., y Lamb, R. J. (2010a). Effects of escalating and descending schedules of incentives on cigarette smoking in smokers without plans to quit. Journal of Applied Behavior Analysis, 43, 357-367. doi: 10.1901/ jaba.2010.43-357*
14. *López- Núñez, C., Martínez- Loredo, V., Weidberg, S., Pericot- Valverde, I., y Secades- Villa, R. (2016). Voucher- based incentives and in- treatment behaviors in smoking cessation treatment. International Journal of Clinical and Health Psychology, 16, 30-38. doi: 10.1016/ j.ijchp.2015.05.003*
15. *American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th revised ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.*
16. *Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86, 1119-1127. doi: 10.1111/ j.1360-0443.1991.tb01879.x*
17. *Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. Psychological Reports, 81, 291-296. doi: 10.2466/ pr0.1997.81.1.291*
18. *Secades- Villa, R., Alonso- Pérez, F., García- Rodríguez, O., y Fernández- Hermida, J. R. (2009). Effectiveness of three intensities of smoking cessation treatment in primary care. Psychological Reports, 105, 747-758. doi: 10.2466/ PR0.105.3.747-758*
19. *Heil, S. H., Alessi, S. M., Lussier, J. P., Badger, G. J., y Higgins, S. T. (2004). An experimental test of the influence of prior cigarette smoking abstinence on future abstinence. Nicotine & Tobacco Research, 6, 471-479. doi: 10.1080/14622200410001696619*
20. *Romanowich, P., y Lamb, R. J. (2010b). The relationship between in- treatment abstinence and post-treatment abstinence in a smoking cessation treatment. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18, 32-36. doi: 10.1037/ a0018520*
21. *Volpp, K. G., Levy, A. G., Asch, D. A., Berlin, J. A., Murphy, J. J., Gomez, A., . . . Lerman, C. (2006). A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 15, 12-18. doi: 10.1158/1055-9965.epi-05-0314*

22. *Secades- Villa, R., García- Rodríguez, O., López- Núñez, C., Alonso- Pérez, F., y Fernández- Hermida, J. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment- seeking patients in a community setting. Drug and Alcohol Dependence, 140, 63-68. doi: 10.1016/ j.drugalcdep.2014.03.030*
23. *Dorner, T. E., Troestl, A., Womastek, I., y Groman, E. (2011). Predictors of short- term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. Nicotine & Tobacco Research, 13, 1068-1075. doi: 10.1093/ ntr/ ntr179*
24. *Rafful, C., García- Rodríguez, O., Wang, S., Secades- Villa, R., Martínez- Ortega, J. M., y Blanco, C. (2013). Predictors of quit attempts and successful quit attempts in a nationally representative sample of smokers. Addictive Behaviors, 38, 1920-1923. doi: 10.1016/ j.addbeh.2012.12.019*

Notas metodólogicas

Biblioteca Virtual gcSalud V. Buscador de recursos "Busca BVgcSalud" y su personalización.

27/01/2016

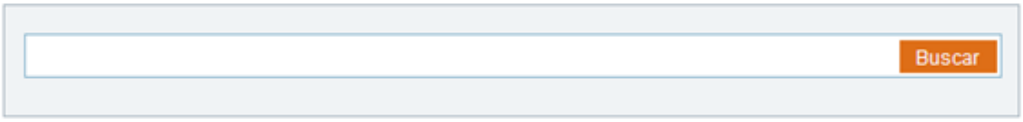
¿Qué es "Busca BVgcSalud"?

Es el nuevo un buscador de la Biblioteca Virtual gcSalud, está integrado dentro de la Plataforma de Gestión del Conocimiento del Sistema Nacional de Salud y recupera documentos de recursos suscritos por la Biblioteca Virtual (bases de datos, e- libros, revistas electrónicas) y una selección de documentación de acceso libre, como publicaciones del ministerio, la Base de datos CIMA y otros seleccionados por el personal responsable de la BVgcSalud.

¿Cómo acceder al buscador?

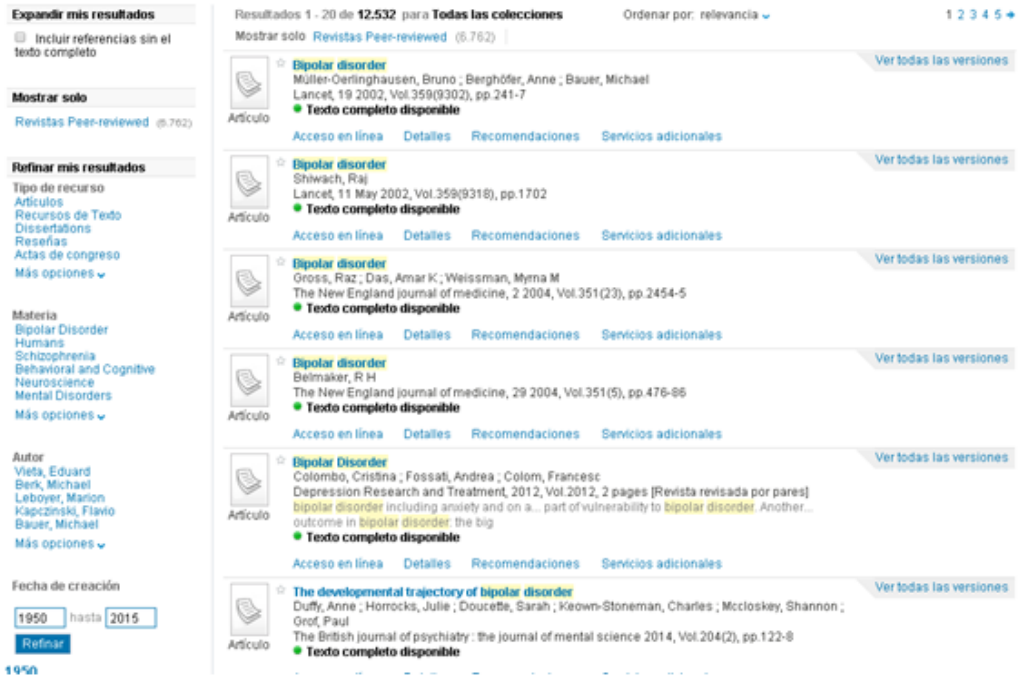
El buscador está integrado dentro del Portal Institucional Astursalud, dentro de la Biblioteca Virtual gcSalud. http:// www.astursalud.es/ bvgcsalud. (apartado de Recursos electrónicos).

Dentro de este apartado nos encontramos un cajetín de búsqueda:



Permite una **búsqueda sencilla** solamente con introducir la palabra o las palabras que estés buscando y pulsando en el botón Buscar. Te mostrará la siguiente pantalla.

El buscador asume que estás buscando todas las palabras que has escrito a menos que se especifique OR o NOT entre las palabras o frases.



Los resultados que nos muestra serán recursos: artículos, revistas, actas de congreso… etc. que son pertinentes para la consulta realizada.

En la parte izquierda nos aparecerá "Expandir mis resultados". Por defecto las búsquedas sólo devuelven resultados con texto completo, si queremos ver referencias que no incluyan texto completo tenemos que marcar la opción "Incluir referencias sin el texto completo".

Para optimizar estos resultados, tenemos que seleccionar los filtros desde "Refinar mis resultados" que aparecen a la izquierda de la pantalla.

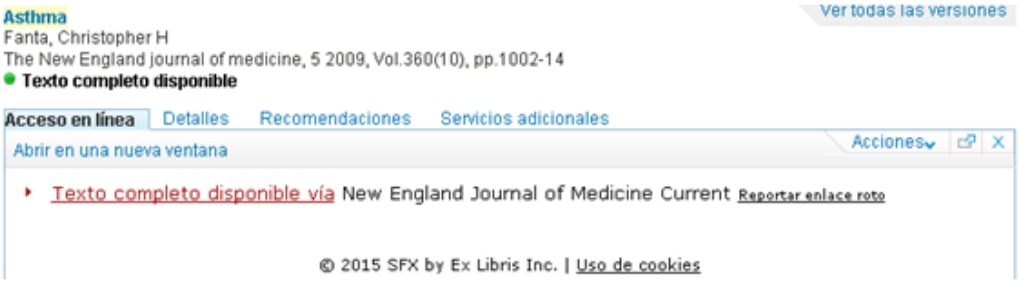
El buscador también permite **una búsqueda avanzada**, que permitirá introducir tres cajas de búsqueda que permiten crear ecuaciones de búsqueda más complejas, tiene un desplegable que permite seleccionar entre diferentes rangos predefinidos de fecha de publicación, una herramienta para seleccionar un rango de fecha de publicación personalizado y la posibilidad de seleccionar el idioma de las publicaciones.

¿Qué hacer con los resultados?

Descarga de resultados.

Una vez que tenemos en la pantalla los resultados de nuestra búsqueda, podemos acceder al texto completo, siempre y cuando tengamos el icono verde que se corresponde a Texto completo disponible.

Simplemente con pinchar en la referencia que nos interese o sobre el Acceso en línea, nos abrirá una pantalla que nos muestra una url o varias, dónde podemos acceder al texto completo del documento, si es de pago nos pedirá las claves de acceso a la Biblioteca Virtual gcSalud (personal del Sistema de Salud del Principado de Asturias son las mismas que para la nómina).



Si el texto no está disponible, tenemos que pinchar en Servicios adicionales y solicitarlo a la Biblioteca vía C17.

Guardar resultados y búsquedas. Mi portal y Mi cuenta.

"BUSCA BVgcSalud" dispone de un área restringida para los usuarios del Sistema Público Sanitario del Principado de Asturias que se registren o identifiquen. Es un espacio personalizable donde se podrán establecer las preferencias en las sesiones en "BUSCA BVgcSalud", configurar alertas de las consultas realizadas, guardar las búsquedas realizadas y los resultados de las mismas.

La información guardada en este espacio se mantendrá? almacenada una vez finalizada la sesión y estará? accesible cada vez que accedemos a "BUSCA BVgcSalud" con las **claves** del de la **Biblioteca Virtual gcSalud**, independientemente del ordenador desde el que nos conectemos.

Para ello es necesario identificarse en:

Mi portal

Desde este apartado se podrán: Guardar, ver, eliminar y organizar carpetas y documentos.

Para guardar registros tenemos que pinchar previamente en el icono estrella que aparece al lado de los registros resultado de la búsqueda.

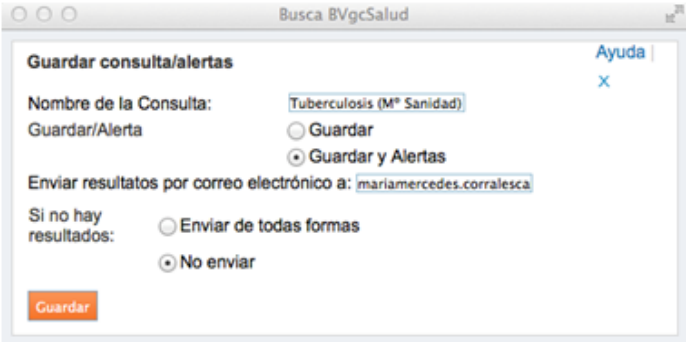
Podemos guardar los registros uno a uno, o guardar de una vez todos los registros bibliográficos que aparecen en la página de resultados, para ello pulsaremos sobre el texto **"Anadir página a Mi Portal"** que aparece a la izquierda del listado de resultados, concretamente en la última línea, precedido por una estrella.

Para visualizar los documentos guardados, deberemos pinchar en Mi Portal.

Desde este apartado se pueden organizar los documentos, creando carpetas.

Guardar Consultas y crear alertas

Es posible guardar una consulta haciendo clic en el enlace Guardar consulta, que aparece a la izquierda del listado de resultados Al pulsar sobre el enlace se abrirá un cuadro de dialogo en el que podremos dar nombre a la consulta y guardar o guardar y crear una alerta.



Es posible volver a ejecutar una consulta guardada pulsando sobre el nombre de la consulta guardada o, pulsando sobre el enlace **Actualización,** configurarla como una ALERTA para que se ejecute automáticamente y recibir los nuevos resultados por e- mail. Las alertas se ejecutan automáticamente una vez por semana (cada 7 días) y se reciben los resultados en el correo- e que hayamos indicado.

Más información en: www.astursalud.es/ bvcgsalud

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Medicina basada en la evidencia

Modelos del equipo- base para los cuidados al final de la vida: un análisis basado en la evidencia

2/02/2016

Revisión sistemática de la literatura, realizada por el *Ontario Health Technology Advisory Committee* (OHTAC) en 2014 con el objetivo de determinar cual es el papel de los equipos de cuidados paliativos y el modelo optimo de cuidados al final de la vida.

Identificaron seis modelos en diez ensayos clínicos controlados que combina dos variables: Lugar de la atención (hospital, domicilio o atención continuada) y tipo de contacto (directo por parte de los equipos de cuidados paliativos o indirecto a través de otros profesionales sanitarios), incluye también la variable atención temprana.

Contacto directo en el hospital, contacto directo en el domicilio, contacto indirecto en el domicilio, atención continuada contacto indirecto.

Los resultados, con una calidad de evidencia que califican como moderada, fueron que la atención directa de los equipos, en un modelo de atención continuada aportó los siguientes beneficios a pacientes con una supervivencia estimada d e 9 meses: mejora de la satisfacción de las personas cuidadoras, e incremento de la probabilidad de morir en el domicilio.

Si la atención es temprana, 24 meses anterior a la defunción, también mejora la calidad de vida d elso pacientes, la satisfacción y el control de síntomas.

Otros beneficios de este modelo es que no se incrementan las hospitalizaciones ni la estancia media de las mismas.

ver informe completo

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Medicina basada en la evidencia

Planificación del cuidado de pacientes al final de la vida: un análisis basado en el evidencia.

2/02/2016

Morir es difícil y como dice el filósofo Gomá, es un hecho sórdido. Dónde y cómo morir se ha convertido en una pregunta central para el sistema sanitario y para la sociedad.

Casi el 50% de las muertes en España ocurren hoy día en el hospital, no siempre el lugar más adecuado. Además de la potencial sensación de soledad y aislamiento, el paciente puede someterse a una innecesario encarnizamiento terapéutico si no se planea la muerte con suficiente antelación y capacidad de decisión. La OHTAC ha publicado un trabajo que reúne varios estudios en el que trata de responder a la pregunta con una serie de recomendaciones. Se trata de End- of- Life Health Care in Ontario: OHTAC Recommendation (Ontario Health Technology Advisory Committee. End– of- life health care in Ontario: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2014 December. 24 p. Available from: http:// www.hqontario.ca/ evidence/ publications- and- ohtac- recommendations/ ontario- health- technology- assessmentseries/ eol- evidentiary- framework) que reúne los siguientes estudios : End- of- Life Health Care in Ontario: OHTAC Recommendation Health Care for People Approaching the End of Life: An Evidentiary FrameworkØ Effect of Supportive Interventions on Informal Caregivers of People at the End of Life: A Rapid ReviewØ Cardiopulmonary Resuscitation in Patients with Terminal Illness: An Evidence- Based AnalysisØ The Determinants of Place of Death: An Evidence- Based AnalysisØ Educational Intervention in End- of- Life Care: An Evidence- Based AnalysisØ End- of- Life Care Interventions: An Economic AnalysisØ Patient Care Planning Discussions for Patients at the End of Life: An Evidence- Based AnalysisØ Team- Based Models for End- of- Life Care: An Evidence- Based AnalysisØ

Las recomendaciones son las siguientes:

- Todos los pacientes en trance de morir deben tener acceso a cuidados especializados integrales basados en equipos interprofesionales.
- Se debe discutir tanto con el paciente como con los familiares las opciones y metas de los cuidados de manera periódica así como cuando cambien las circunstancias.
- Para realizar discusiones informadas, se deben aportar las pruebas acerca de los determinantes del lugar de la muerte para facilitar la elección del lugar del suceso.
- Se debe educar tanto a pacientes como a cuidadores para que conozcan los síntomas y sepan como afrontarlos y manejarlos.
- Se debe proporcionar formación de la atención a pacientes en el final de la vida.

ver informe completo

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Medicina basada en la evidencia

¿Qué evidencia disponemos respecto a las intervenciones educativas en los cuidados al final de la vida?

2/02/2016

Cuidar a las personas al final de sus vidas es una labor compleja, por tanto es importante que conozcan las opciones disponibles, tanto quienes se acercan a ese final como el personal sanitario y las personas cuidadoras no profesionales.

La educación para la salud es la práctica multidisciplinar, que comprende el diseño, implementación y evaluación de los programas educativos que permiten a las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades jugar un papel activo en el logro, protección y mantenimiento de la salud. Es así que su utilización en el final de la vida puede favorecer a un mejor afrontamiento de la situación.

Esta revisión responde a la siguiente pregunta ¿La educación para la salud, en sus diversas prácticas, puede mejorar el proceso de final de vida, tanto para pacientes como para las personas responsables de sus cuidados?

Los resultados que presenta concluyen que la educación ha facilitado el control de los síntomas, en pacientes y la calidad de vida en las personas cuidadoras. Sin embargo, la educación no mejoró la calidad de vida del/ la paciente, ni la satisfacción del personal médico o de las personas cuidadoras.

No se encontró evidencia concluyente entre la educación y la disminución de las visitas a urgencias, ingresos en cuidados intensivos, o el número de días en el hospital.

ver informe completo

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Medicina basada en la evidencia

Análisis económico de las intervenciones al final de la vida ¿Es posible conocer cuales son coste- efectivas?

2/02/2016

La mayoría de las personas con enfermedades terminales expresan el deseo de fallecer en sus hogares, pero la realidad nos muestra que tienen mas probabilidades de hacerlo en el hospital. Como parte de un esfuerzo por mejorar los cuidados al final de la vida, el sistema sanitario de Ontario, realizó un análisis coste efectividad de nueve estrategias de mejora de la calidad de los cuidados al final de vida.

Las conclusiones mas importantes se resumen en: la labor de los equipos de cuidados paliativos incrementaron el tiempo que la persona enferma pasa en su hogar en el último año y se redujeron los costes sanitarios en alrededor de 4.400 U $s por paciente.

Debido a la escasez de datos no se pudo realizar otro coste efectividad en relación con el resto de estrategias propuestas como, las propuestas de planificación de los cuidados, la educación para pacientes y sus cuidadores y los servicios de soporte para personas cuidadoras.

ver informe completo

Breves » Tecnologías terapéuticas. Quirúrgicas. Materiales de reconstrucción de órganos y aparatos

Evaluación de la seguridad y las condiciones de realización de tejido adiposo autólogo en cirugía reconstructiva, estética y reconstructiva de mama (HAS)

Leer más

Evaluación de los implantes mamarios (HAS)

Leer más

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Otras

Evaluación de los desfibriladores de acceso público(HIQA)

Leer más

Breves » Tecnologías organizativas. Otros procesos administrativos

La optimización de adopción y difusión de productos sanitarios a nivel del sistema (HIQA)

Leer más

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Medicamentos

Las bombas de insulina para el tratamiento de la diabetes tipo I (INESSS)

Leer más

Guia para el uso óptimo del tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y la demencia mixta (INESSS)

Leer más

e- notas de evaluación