Editorial

La organización de los servicios sanitarios al servicio de la atención a la cronicidad ¿barrera u oportunidad?

28/06/2016

Consejo director

Las enfermedades crónicas, o más bien, las personas con enfermedades crónicas, son la realidad epidemiológica de los últimos 50 años, por tanto, nada nuevo; una realidad que se impone en todo el mundo a pesar de que en buena parte de él aún son muy frecuentes las enfermedades agudas. También los son en nuestro medio, donde las infecciones agudas, casi siempre víricas, siguen teniendo gran protagonismo entre los principales motivos de consulta. Pero son las personas con enfermedades o trastornos crónicos las que utilizan los servicios sanitarios con mayor frecuencia y las que precisan una atención más continuada e integral.

La cronicidad es la consecuencia de las mejoras en la calidad de vida, incluida la atención sanitaria, que pudo por un lado, frenar la mortalidad debida a las enfermedades agudas y por otro, alargar la vida de las personas que sufren enfermedades que la medicina no puede curar.

Algunos aspectos del estilo de vida, como el tabaco, la dieta, el sedentarismo, la obesidad, el alcohol y quizá el estrés y las condiciones ambientales contribuyen a la aparición de estas enfermedades. Su abordaje es el de la prevención, tarea a la que dedica sus esfuerzos la salud pública desde hace ya muchos años.

Pero, una vez que las personas enferman, cobra protagonismo el papel de los servicios sanitarios asistenciales. La atención de pacientes con enfermedades crónicas es el mejor ejemplo de la necesidad de combinar sectores y disciplinas, para modificar un modelo de atención centrado en el episodio agudo, a un modelo centrado en cada paciente y su entorno, por tanto, un desafío para la organización.

Desde la evaluación de tecnologías en el ámbito de la cronicidad, los retos son al menos dos: la evaluación de la organización para prestar servicios a pacientes crónicos y sus familias o entornos y la evaluación del uso de tecnologías de monitorización; retos que además están interconectados entre si.

En España partimos, en cuanto a organización sanitaria en Atención Primaria, de una posición privilegiada no siempre reconocida a la hora de plantear cómo afrontar diferentes aspectos de esta atención. El Decreto 137/1984, sobre Estructuras básicas de salud[i] sienta las bases para lo que hoy los defensores de la atención primaria al otro lado del Atlántico denominan el *hogar médico*. Allí, debido a la fragmentación del sistema, un mal que padecía España antes de 1984, crean esta figura para asegurar una atención primaria basada en los pilares que la sostienen: continuidad y atención integral. Pero el Decreto 137/84 va más allá, porque el sistema se lo permite, la Atención Primaria se constituye como la puerta de entrada al resto de los servicios sanitarios. Se pretende que su actividad se integre en el medio, la zona de salud, mediante la coordinación con los otros sectores que tienen influencia en la salud, se crean los equipos multidisciplinares con un ámbito de actuación geográfico y demográfico de manera que su impacto no sólo está en la salud de cada uno de los individuos que consultan, sino también, en el conjunto de la población asignada. Posteriormente, la Ley 14/1986 General de Sanidad[ii] completa el modelo con la creación de las Áreas sanitarias donde los equipos de Atención Primaria pueden recibir los apoyos de todos los servicios que se brindan en el ámbito hospitalario cuando los pacientes lo requieran.

Este modelo, donde una Atención Primaria integral e integrada es la base del sistema, está perfectamente equipado desde el punto de vista del *input* organizativo para afrontar el reto de la cronicidad. No debería, por tanto, ser necesario importar modelos que, como prótesis, se añadan a una organización que en teoría debería ser competente. Nos estamos refiriendo a los programas de atención a la cronicidad que con mayor o menor desarrollo han puesto en marcha los diferentes Servicios de Salud del Estado español. Sin embargo, la realidad nos muestra que las personas con enfermedad crónica no reciben la atención adecuada. El control en Atención Primaria de la hipertensión, de la diabetes, del colesterol, de la obesidad, del tabaquismo, del consumo de alcohol, está lejos de los objetivos. Las hospitalizaciones potencialmente evitables presentan unas tasas superiores a las deseables. La cuestión es cómo debe responderse desde el sistema sanitario, ¿se considera un fracaso del modelo de organización y por tanto esta debe modificarse? o, ¿debemos centrar el esfuerzo en reforzarla, en evaluar qué partes de ella no están suficientemente desarrolladas o no se gestionan con la calidad adecuada para que den los resultados esperados? En definitiva la pregunta más importante es si la actual organización cuenta con los elementos necesarios y su ineficacia se debe a problemas gerenciales, o si el problema reside en su configuración y precisa cambios pequeños o grandes para adecuarse a la realidad del siglo XXI

En el contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias, la de los modelos organizativos es quizá la tecnología de más difícil evaluación y sus resultados los menos exportables. Aquí se puede aprender más de los expertos en economía y organización de empresas, en ese mundo, la búsqueda de la excelencia dio en señalar las características de las empresas que lo conseguían de manera que los imitadores pudieran recoger sus experiencias y *aprender de los mejores*.

Pero los problemas con la traslación no desaparecen. Las empresas excelentes son organizaciones que han podido seleccionar al personal, tanto por sus dotes como por el compromiso con los objetivos y métodos, de manera que se produce así un fenómeno inevitable pues las mejores empresas condicionan que el resto de su sector sean peores al tener que contratar los *desechos*. Sin embargo, el sistema sanitario público, como el educativo, dado que es el principal empleador, aunque puede crear islas de excelencia, con todos los problemas que ello conlleva, no puede aspirar a que en todos sus dispositivos se de la excelencia porque, por definición, la excelencia es extraordinaria y aquí nos movemos en lo ordinario. A lo que debe aspirar es a asegurar una atención correcta en todo el sistema.

Volviendo a la atención a la cronicidad. Como se recoge en este número (Caicoya M. El manejo de las personas con enfermedad crónica. eNotas 2, 2016. Revisión a los clásicos: Chronic Disease Management. What will it take to improve care for chronic illness. Edward E Wagner. Effective Clinical Practice 1998;1:2-4), la investigación americana ha llegado al consenso sobre un conjunto de objetivos para asegurar una buena atención a este problema que se resumen en asegurar que el paciente mejore en su confianza para realizar la autoayuda, organizar los equipos para responder a las necesidades de pacientes crónicos, proveer a los equipos de Atención Primaria de guías basadas en la evidencia y además asegurar tanto su difusión como su conocimiento y uso y dotar de buenos sistemas de información que aseguren el registro de pacientes, su seguimiento y el envío de recuerdos para conseguir la mejora adherencia a la medicación y el cuidado.

Para afrontar estos objetivos la atención primaria en España necesita más que un cambio de organización un cambio de actitud. Actualmente, con unos cupos de población asignada de unos 1500-1700 personas, con una enorme frecuentación, cercana a 8 consultas por persona y año, es imposible alcanzar los objetivos descritos. Creemos que parte del exceso de frecuentación se debe a la demanda inducida, a la insuficiencia en la prestación de servicios en relación con la educación para la auto- responsabilidad de la salud y a la deficiente planificación de las visitas.

Como ya se señaló en un editorial en esta publicación (Caicoya, M. La Atención Primaria en el Siglo XXI. eNotas 1, 2012), no se han consolidado los equipos medicina- enfermería, un aspecto fundamental para la atención a pacientes con enfermedades crónicas, ya que en la coordinación de ambas disciplinas, con el adecuado reparto de cargas, reside una de las respuestas.

Finalmente, demasiadas veces la atención en el hospital secuestra a estos pacientes ofreciendo una atención fragmentada y distorsionante cuando solo debería ser consultora de la atención primaria, único lugar dentro de la organización en el que la complejidad de pacientes crónicos pluripatológicos puede ser bien atendida. Es importante que la atención especializada aprecie y se apoye en la primaria por su capacidad para atender integral e integradamente a las personas en estas situaciones.

Por tanto, llegamos a una vieja conclusión, ya señalada en Alma Ata: la respuesta está en la atención primaria y en la coordinación de ésta con el hospital; el modelo de Área Sanitaria integrada, con gerencias únicas, desarrollado en Asturias y otras comunidades autónomas es una medida de profundo calado encaminada a mejorar esta coordinación, que necesita ser trasladado al resto de las estructuras asistenciales. Experiencias como el cribado de retinografía en AP, o las "*consultas conjuntas*" (medico/ a de AP con especialista correspondiente del hospital) en los centros de salud enmarcadas en programas cooperativos, por ejemplo, merecerían ser evaluadas, revisadas y difundidas.

También cabe señalar el sólido trabajo realizado en nuestro país, la propuesta de AP XXI (Proyecto AP XXI)[iii]. En nuestra opinión, en el reforzamiento de la atención primaria está la respuesta para abordar con éxito la atención a la cronicidad.

[i] https:// www.boe.es/ boe/ dias/1984/02/01/ pdfs/ A02627-02629.pdf

[ii] https:// www.boe.es/ boe/ dias/1986/04/29/ pdfs/ A15207-15224.pdf

[iii]http:// www.msssi.gob.es/ profesionales/ proyectosActividades/ docs/ AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Reseñas de Investigación

Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda

29/06/2016

Joaquín Alfonso Megido. jamegi@gmail.com

Alvaro González Franco. alvarogfranco@yahoo.com

Referencia del Artículo original: Alfonso Megido J, González Franco A. Ventilación mecánica no invasiva en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. Med Clin (Barc). 2014 Mar;142 Suppl 1:55-8

Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias

Resumen

Cuando la insuficiencia cardiaca aguda progresa y se presenta edema agudo de pulmón, las medidas habituales deben acompañarse de otras que ayuden a la correcta oxigenación del paciente, siendo la ventilación mecánica el último y más drástico paso; la ventilación mecánica no invasiva surge en los últimos años como un método que trata de mejorar la oxigenación evitando la intubación y consiguiendo con ello, teóricamente, mejores resultados en morbi- mortalidad de estos pacientes. El artículo que se reseña es una revisión sobre la ventilación mecánica no invasiva que discute las controversias sobre los resultados, plantea las indicaciones y enfoca, de un modo práctico, como instaurar un tratamiento con ventilación no invasiva en pacientes con edema agudo de pulmón.

Introducción

El tratamiento convencional del edema agudo de pulmón incluye múltiples medidas tanto medicamentosas como no, asociadas al tratamiento etiológico cuando este es posible. Un grupo de pacientes puede evolucionar mal y requerir intubación y conexión a ventilación mecánica; con ello se consigue el reclutamiento de unidades alveolares previamente colapsadas y por tanto mejorar la oxigenación y la *compliance* pulmonar. Sin embargo la intubación incrementa los riesgos de complicaciones tanto los derivados de la propia injuria mecánica como de las complicaciones infecciosas prolongando estancias en cuidados intensivos y en el hospital. Entre las medidas no farmacológicas se incluye la ventilación mecánica no invasiva tanto en su modalidad de ventilación con presión positiva continua (CPAP) como ventilación con presión positiva con dos niveles de presión (NIPPV); evitaremos los términos BiPAP® o BIPAP® dado que son términos registrados para dos modos ventilatorios similares de dos empresas que fabrican aparatos de VMNI.

El empleo de ventilación no invasiva asociada al resto de medidas en el edema pulmonar cardiogénico ha sido objeto de controversia, a raíz de algunos trabajos que no encontraban diferencias en las supervivencias a corto plazo ni en la duración de las estancias ni la necesidad de intubación; resultados por otra parte contrarios a estudios y metaanálisis previos; de tal forma que la última guía de manejo de la insuficiencia cardiaca de la AHA de 2013 no recoge su uso; quedando relegada a un posible manejo sintomático en las guías europeas.

Sin embargo revisiones mas recientes mantienen que la VMNI en el edema cardiogénico disminuye la necesidad intubación y la duración de la estancia de estos pacientes en UCI, y encuentran mejorías en la supervivencia, aunque esta no alcanza significación estadística; sin incrementar la incidencia de infarto agudo de miocardio.

A finales de la pasada década la VMNI se utilizaba en un 10% de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. Sin embargo tras la generalización del uso de la VMNI, y su presencia en casi todos los servicios de urgencias, se

ha visto una tendencia a su mayor uso en estos pacientes ante la rapidez de la mejoría clínica y gasométrica; con buenos resultados cuando se inicia incluso antes de la llegada al hospital.

Objetivos

Modos de VMNI

La ventilación no invasiva con presión positiva comprende modos de soporte ventilatorio aplicados sin el empleo de tubo endotraqueal, por tanto incluye la presión positiva continua en vía aérea: CPAP y la ventilación con soporte de presión inspiratoria: bilevel NIPPV. Los objetivos de ambas son mejorar la oxigenación, mediante el reclutamiento alveolar, reducir el esfuerzo inspiratorio con el apoyo de presión y mejorar el gasto cardiaco con todo ello.

La CPAP alcanza estos objetivos manteniendo una misma presión positiva a lo largo de todo el ciclo respiratorio y por tanto previniendo el colapso alveolar al final de la espiración, con ello consigue los objetivos mencionados, reduciendo el shunt intrapulmonar, la pre y post carga y mejorando la oxigenación arterial

A diferencia de la CPAP, la NIPPV con dos niveles de presión (bilevel) añade asistencia inspiratoria, lo que ayuda a descansar la musculatura respiratoria y mejora la ventilación ayudando, por tanto, a disminuir el carbónico arterial.

Cuando emplear una u otra forma de presión positiva no queda claro en los diferentes estudios, en general parece objetivarse un mayor beneficio con la CPAP, a lo que tenemos que añadir su mayor facilidad de manejo, la disponibilidad de dispositivos valvulares sencillos que permiten su manejo, incluso, en la atención extrahospitalaria, con menores necesidades de entrenamiento por parte del personal que lo utiliza.

La ventilación con doble nivel quedaría restringida para aquellos pacientes con hipercapnia o pacientes mixtos con EPOC y fallo cardiaco, donde el apoyo inspiratorio aportaría un beneficio extra; también podría manejarse en aquellos pacientes que no evolucionan bien con la CPAP de inicio como intento antes de pasar a la intubación.

Metodología

Indicación de uso de VMNI en pacientes con edema agudo de pulmón (EAP) cardiogénico

Ante un paciente que potencialmente se beneficiaría de la VMNI es necesario sentar la indicación, y ésta se basa en los siguientes criterios clínicos y gasométricos

Clínicos:

- Disnea
- FR>24-30 respiraciones/ minuto
- Empleo de la musculatura respiratoria accesoria

Gasométricos:

- pH<7,35 y/ o PaCO2>45
- PaO2/ FiO2<200 (relación entre PaO2 y la fracción de oxígeno aportada, en general mejor que la PaO2 aislada)

Cuando un paciente entra en EAP en el seno de una insuficiencia cardiaca podemos plantearnos dos alternativas: iniciar simultáneamente el tratamiento convencional junto con la ventilación con presión positiva o bien iniciar tratamiento convencional y, en caso de no mejoría, asociar NIPPV. Los estudios que compararon las respuestas a estos tratamientos

utilizaban la primera estrategia, es decir, la NIPPV (CPAP o bilevel) como parte del tratamiento inicial añadido al resto de tratamientos.

Las contraindicaciones de uso de VMNI en EAP cardiogénico son las habituales de la VMNI; la mayor parte son contraindicaciones relativas en base a la situación clínica del paciente.

Manejo de la VMNI en el EAP:

Una vez decidida la VMNI, debemos valorar donde se va a realizar, si el paciente tiene riesgo de precisar VMI y no está contraindicada, la VMNI debe realizarse en una UCI, en caso contrario se hará en una unidad de cuidados intermedios es decir un lugar con capacidad de monitorización y mayores cuidados de enfermería que una unidad de hospitalización convencional, aunque algunos trabajos presentan resultados en salas de hospitalización general y urgencias.

Componentes de la Ventilación no invasiva

Tras ubicar al paciente instauraremos la ventilación con presión positiva. En la ventilación no invasiva existen 3 componentes: el dispositivo o respirador, la interfase y el propio paciente

Parámetros de inicio

Antes de iniciar la técnica debemos dejar preparado tanto equipo como tubuladura y filtro así como escogida la mascarilla acorde con el tamaño del paciente, conectados todos los componente y puesta a funcionar la máquina con los parámetros seleccionados.

Como inicio la mayoría de los trabajos plantean:

CPAP: inicio con 5 cm de H2O, progresando posteriormente cada 15-20 minutos hasta un máximo de 15 cm de H2O

En el caso de bilevel NIPPV: comenzaremos con IPAP 8 cm H2O EPAP 4 cmH2O e incrementaremos hasta un máximo de 20-25 cm de H2O de IPAP y 12-15 cm de H2O de EPAP

En cualquiera de los casos se aportará además oxígeno al flujo necesario para alcanzar saturaciones próximas al 92%.

Ajustes

Tras el inicio subimosr IPAP de 2 en 2 cm de H2O cada 15-20 minutos hasta obtener una frecuencia respiratoria < de 24/min, no uso de musculatura accesoria y manteniendo la confortabilidad del paciente; como norma no pasaremos de 25cm H2O.

La EPAP y la CPAP se suben también de 2 en 2 cm de H2O en base a la saturación (para alcanzar 92% con una FiO2 menor de 0,6)

Monitorización y control

Es preciso monitorización continua de ECG y saturación por pulsioximetría, con frecuentes tomas de tensión arterial, así como monitorización clínica (nivel de conciencia, frecuencia respiratoria), por lo que la técnica debe realizarse en unidades con estas características, es decir servicios de urgencias, Unidades coronarias, UCIs, Unidades de cuidados intermedios, e incluso zonas especiales de plantas de hospitalización convencional

Pasada una a dos horas realizaremos una gasometría para ver la evolución y plantearnos cambios en el modo (paso de CPAP a bilevel, intubación, cambios en los parámetros...)

Indicación y modo de retirada

Son dos los motivos por los que finalizamos la VMNI: mejoría o fracaso. Es necesario reconocer los factores del fracaso precoz de la VMNI (aquel que se produce en las primeras 24 horas) y proceder a la intubación orotraqueal del paciente, ya que el mantenimiento intempestivo en situación de acidosis, hipoxemia y disnea incontrolada se ha

relacionado con un incremento en la mortalidad. El periodo recomendado para evaluar la respuesta es motivo de controversia y oscila entre 30 min y 4 horas; parece razonable esperar entre 1 y 2 horas en la mayoría de los casos.

Debemos también saber reconocer cuales son los criterios de mejoría que permiten iniciar una desconexión o destete de la VMNI; en algunos casos en el propio servicio de urgencias, pasando a una oxigenoterapia convencional. Estos criterios incluyen:

- Solución o estabilización de la causa desencadenante si la hubiera
- Estabilidad hemodinámica y clínica
- F. Respiratoria <30
- Pa/ O2/ FiO2 >200
- Ph>7,35
- No empleo de musculatura accesoria

Todo ello mantenido con niveles iniciales de presión (descenso progresivo hasta las cifras de inicio)

Discusión

La ventilación con presión positiva está indicada, en cualquiera de sus formas, en el tratamiento del edema agudo de pulmon cardiogénico, desde el inicio del tratamiento, junto con el tratamiento convencional; su uso viene avalado al haber demostrado tendencia a la mejoría de la supervivencia, mejoría más rápida de la oxigenación, disminución de la necesidad de intubación y conexión a ventilación mecánica, disminución de la estancia en unidades de cuidados intensivos y de la estancia hospitalaria y todo ello sin haber aumentado las complicaciones ni la incidencia de infarto agudo de miocardio. Por ello esta técnica debe estar presente en todos los centros sanitarios desde el servicio de urgencias a planta de hospitalización, y es necesario que el personal que trata estos pacientes conozca, al menos, sus indicaciones y su manejo.

Bibliografía

2013 ACCF/ AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation. 2013;128:e240-327.

Allison RC. Initial treatment of pulmonary edema: a physiological approach. Am J Med Sci. 1991;302:385-91.

Antonelli M, Conti G, Moro ML, Esquinas A, González- Díaz G, Confalonieri M, et al. Predictors of failure of noninvasive positive ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure. Int Care Med. 2001;27:1718-28

Bersten A D, Holt AW, Vedig AE, Skowrowski GA, Baggoley CJ. Treatment of severe cardiogenic pulmonary edema with continuous positive airway pressure delivered by face mask. N Engl J Med. 1991;325:1825-30.

British thoracic society standars of care commitee. Non- invasive ventilation in acute respiratory failure. Thorax. 2002;57:192-211.

Chadda K, Annane D, Hart N, Gajdos P, Raphaël JC, Lofaso F. Cardiac and respiratory effects of continuous positive airway pressure and noninvasive ventilation in acute cardiac pulmonary edema. Crit Care Med. 2002;30:2457-61.

Díaz GG, Alcaraz AC, Talavera JC, Jara P, Esquinas A, Garci F, et al. Noninvasive positive- pressure ventilation to treat hypercapnic coma secondary to respiratory failure. Chest. 2005;127:952-60.

Ducros L, Logeart D, Vicaut E, Henry P, Plaisance P, Collet JP, et al. CPAP for acute cardiogenic pulmonary oedema from out-of- hospital to cardiac intensive care unit: a randomised multicentre study. Int Care Med. 2011;37:1501-9.

Elliott MW, Confalonieri M, Nava S. Where to perform noninvasive ventilation? Eur Resp J. 2002;19:1159-66.

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1787-847.

Evans TW, Albert RK, Angus DC, Bion JF, Chiche J, Epstein SK, et al. International Consensus conferences in intensive care medicine: noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. Am J Resp Crit Care Med. 2001;163:283-91.

Gray A, Goodacre S, Newby DE, Masson M, Sampson F, Nicholl J. Noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. New Engl J Med. 2008;359: 142-51.

Hess DR. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Respir Care. 2013;58:950-69.

Kath JA, Marks JD. Inspiratory work with and without continous positive airway pressure in patients with acute respiratory failure. Anesthesiology. 1985;63:598-607.

Keenan SP, Sinuf T, Karen EA, Muscedere J, Kutsogiannis J, Mehta S, et al. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive- presure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care stting. CMAJ. 2011;183:E195-214.

Leniqueb F, Habis M, Lofaso F, Dubois- Randé JL, Harf A, Brochard L. Ventilatory and hemodynamic effects of continous positive airway pressure in left heart failure. Am J Resp Crit Care Med. 1997;155:500-5.

Moritz F , Benichou J, Vanheste M, Richard JC, Line S, Hellot MF, et al. Boussignac continuous positive airway pressure device in the emergency care of acute cardiogenic pulmonary oedema: a randomized pilot study. Eur J Emerg Med. 2003;10:204-8.

Parissis JT, Nikolaou M, Mebazaa A, Ikonomidis I, Delgado J, Vilas- Boas F, et al.Acute pulmonary edema: clinical characterstics, prognostic factors, and inhospital management. Eur J Heart Fail. 2010;12:1193-202.

Vital F, Ladeira M, Atallah A. Ventilación no invasiva con presión positiva (PPCVR o VNIPP a dos niveles) para el edema pulmonar cardiogénico. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.: CD005351. doi: 10.1002/14651858. CD005351.

Williams JW, Cox CE, Hargett CW, Gilstrap DL, Castillo CE, Govert JA, et al. Noninvasive positive- pressure ventilation (NPPV) for acute respiratory failure.Comparative effectveness review 68. (Prepared by de Duke evidenced- based practice center under contract No 290-2007-10066- I.) AHRQ publication No 12- EHC089- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2012. Disponible en: www.effectivehealthcare.gov// reports/ final.cfm

Notas metodólogicas

Biblioteca Virtual gcSalud: Descubriendo CINAHL Complete

28/06/2016

Mercedes Corrales Canel. Bibiotecaria

Carolina Pinín Osorio. Documentalista

Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias.

1. ¿Qué es CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)?

Es una base de datos que contiene más de 3.000 publicaciones en las áreas de enfermería, biomedicina, medicina alternativa y complementaria, fisioterapia, terapia ocupacional y mucho más. Los encabezamientos de materia de CINAHL siguen la estructura de los MeSH (Medical Subject Headings) usados por la National Library of Medicine.

2. Acceso

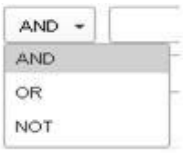
El acceso se hace a través de la BVgcSalud (Biblioteca Virtual gcSalud), desde www.astursalud.es/ bvgcsalud, pinchando en *Acceso a todos los recursos de la BVgcSalud*. Pinchando sobre la base de datos. Como es un recurso de suscripción nos pedirá que nos autentiquemos, con las claves de la BVgcSalud.

3. Tipos de búsqueda

3.1 Búsqueda Avanzada. Por defecto al entrar en la base de datos nos aparece esta opción, es la más completa de todas las búsquedas

Ofrece tres cajetines para realizar búsquedas. En cada uno de ellos, abriendo el desplegable, podemos seleccionar el campo en el que queremos que se realicen las búsquedas:

El contenido de los distintos cajetínes de búsqueda podemos combinarlos con los operadores booleanos AND, OR y NOT en desplegable y seleccionando el de nuestro interés:

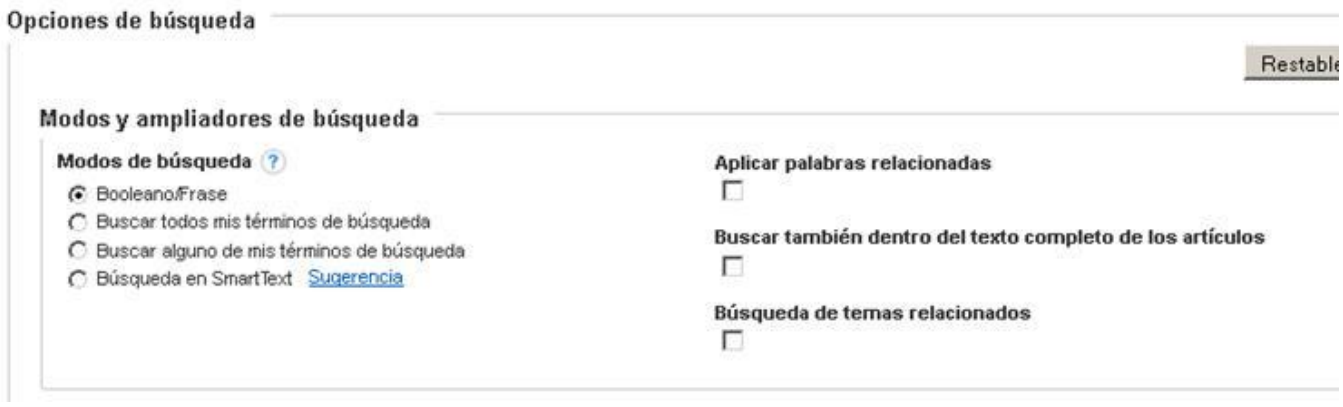


Con la opción “Agregar hilera” podemos añadir más líneas de búsqueda, si las necesitamos.

Otras opciones de búsqueda avanzada

Debajo de los cajetines de búsqueda tenemos las “Opciones de búsqueda”:

Modos y ampliadores de búsqueda.



- Modos de búsqueda:

  • **Booleano/ Frase:** admite el uso de los operadores booleanos, o también busca la frase exacta (ignora las palabras vacías).

  • **Buscar todos los términos de mi búsqued** la base de datos busca aquellos registros en los que aparezcan todos los términos que hemos escrito (equivale al uso del operador AND).

  • **Buscar alguno de mis términos de búsqueda:** la base de datos ofrece aquellos registros en los que aparezca cualquiera de los términos (equivale al uso de OR).

  • **Búsqueda en SmartText** : podemos copiar y pegar un texto (frase, párrafo o incluso páginas enteras). El SmartText selecciona los términos más relevantes y los busca en los registros.

- Aplicar palabras relacionadas. Si activamos esta casilla además de los términos que hemos introducido en el cajetín buscará también los términos que estén relacionados con ellos.

- Buscar en el texto completo de los artículos: busca en todos los campos del artículo.

- Búsqueda de temas relacionados: busca temas con relación a nuestra búsqueda.

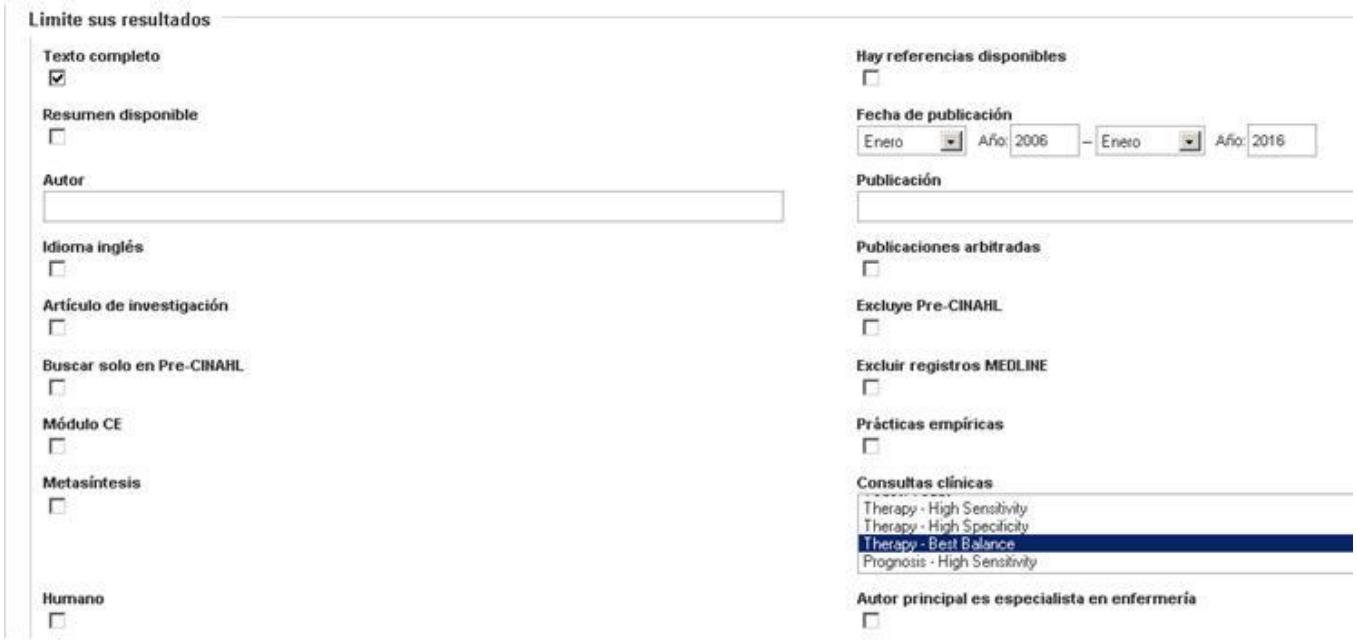
Limite sus resultados. Esta opción nos ofrece distintas posibilidades para ajustar nuestra búsqueda: texto completo, fecha, idioma, …

Ejemplo:

Si buscamos documentos con texto completo sobre tratamiento de úlceras de pie diabético “diabetic foot ulcer” publicados entre 2006 y 2016 y que sea una búsqueda equilibrada entre específica y sensible.

Introducimos en la primera casilla “diabetic fo…” y se nos despliega un índice de ayuda dónde encontramos el término que buscamos, lo seleccionamos

Luego, desde "Límite sus resultados", marcamos, texto completo, las fechas de nuestro interés, en "Consultas clínicas" marcamos la opción "Therapy- Best Balace" y buscamos:



3.2. La búsqueda básica

Desde la pantalla de acceso a la base de datos, tenemos la opción de "Búsqueda Básica". Aunque ofrece mayor simplicidad que la "Búsqueda avanzada". Tenemos un único cajetín para escribir nuestros términos y no ofrece tanta precisión.

Podemos usar los operadores y los truncamientos, pero exige cierto conocimiento en la elaboración de las estrategias de búsqueda.

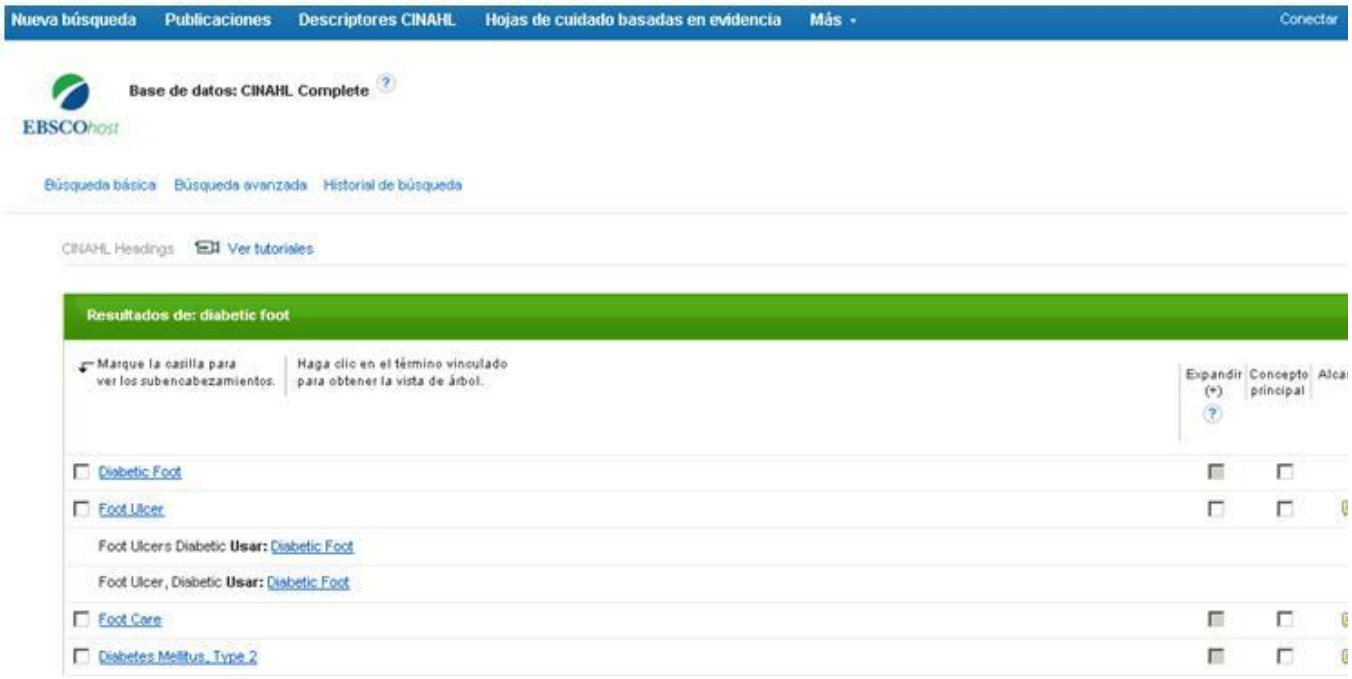
En la parte izquierda de la pantalla de resultados aparecen las opciones de límites y otros filtros y clicando en "Mostar más" aparecerán las mismas opciones de la búsqueda avanzada.

3.3. Búsqueda por descriptores CINAHL

Se puede buscar desde los descriptores de la base de datos. La opción para verlos está en la parte superior de la pantalla

Tecleamos el término que queremos encontrar:

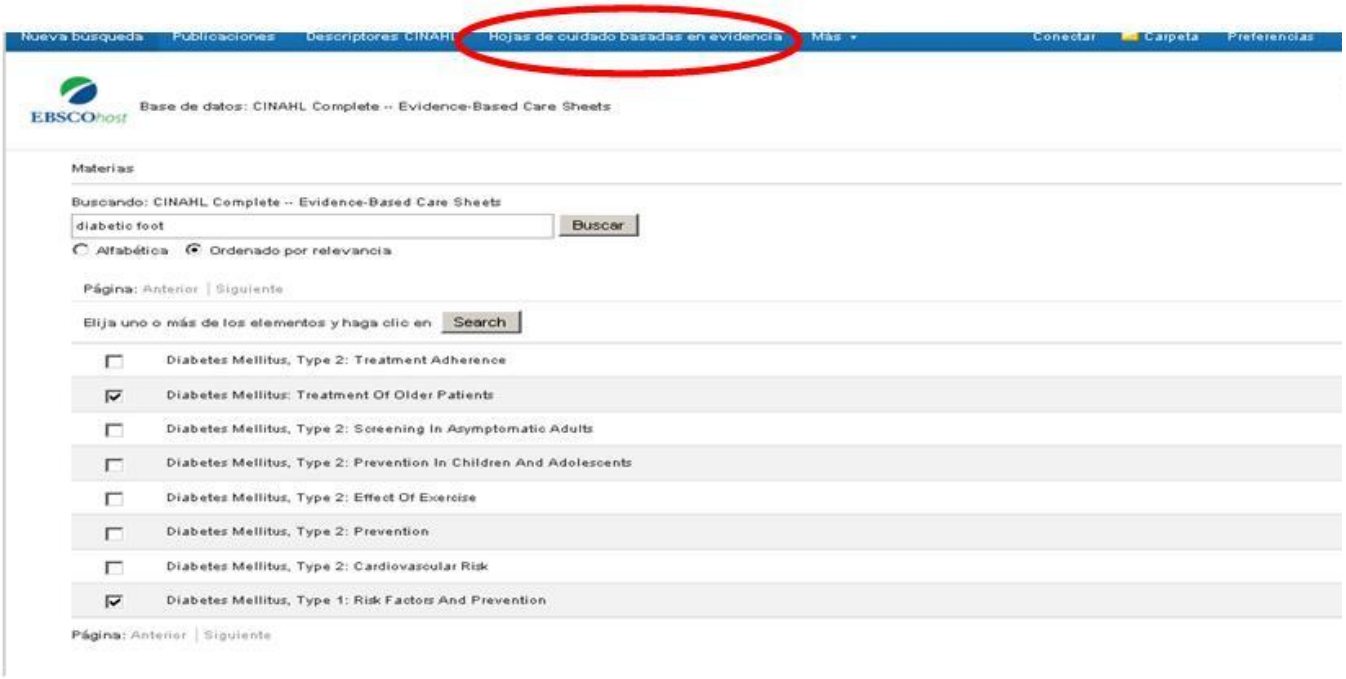
Nos ofrecerá un listado de términos para que seleccionemos el que nos interese con las opciones de: Expandir, Concepto principal, Alcance (explicación del concepto) para que, si queremos, las activemos. Podremos repetir los pasos con otros términos para añadirlos a nuestra búsqueda.



Por último enviaremos los términos seleccionados a la página de búsqueda clicando sobre “bases de datos de investigación”, en caso necesario, de elegir bien el operador booleano adecuado.

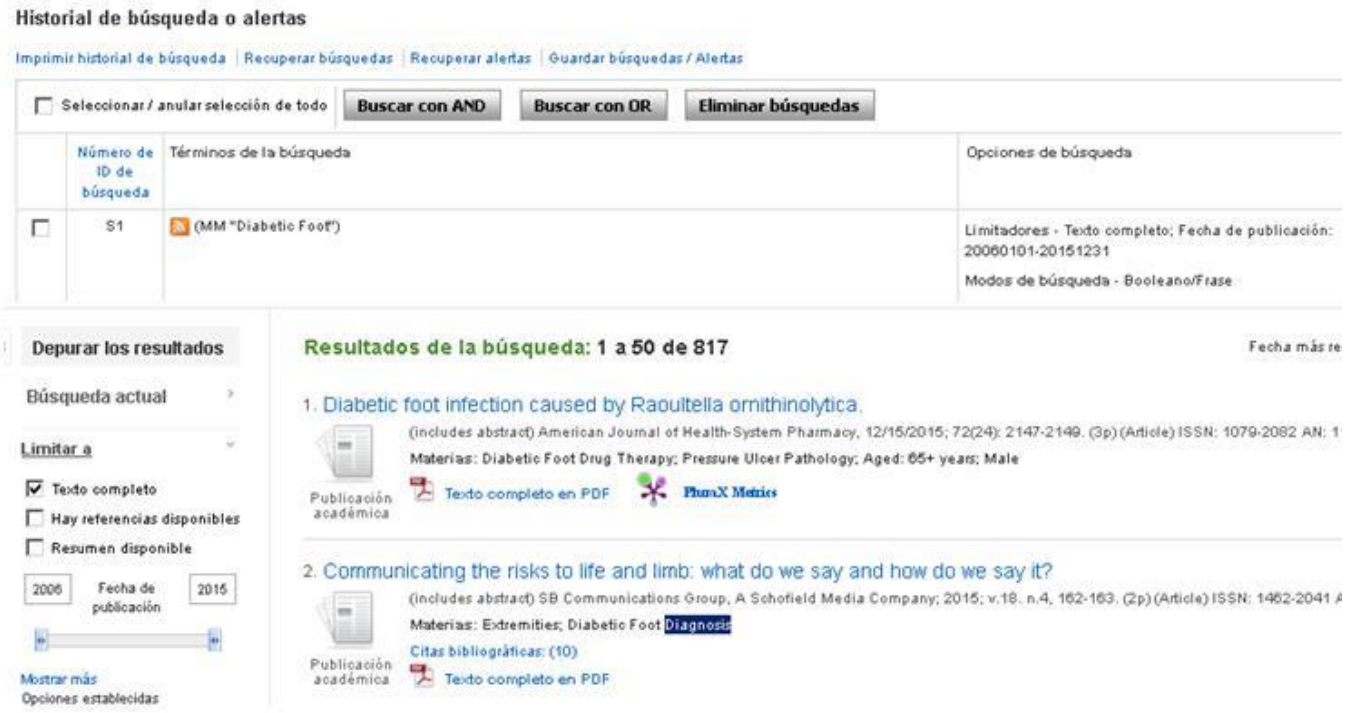
3.4. Hojas de cuidado basadas en evidencia

Se accede desde la parte superior de la pantalla. Únicamente tenemos que introducir el termino de nuestro interés en el cajetín y buscar, nos devolverá títulos de documentos por orden alfabético o por relevancia, para que seleccionemos los de nuestro interés; después de elegirlos clicaremos en “Search” y nos dará acceso al texto completo de esos documentos que son de rápida lectura y basados en evidencia.



4. ¿Qué hago con mis resultados?

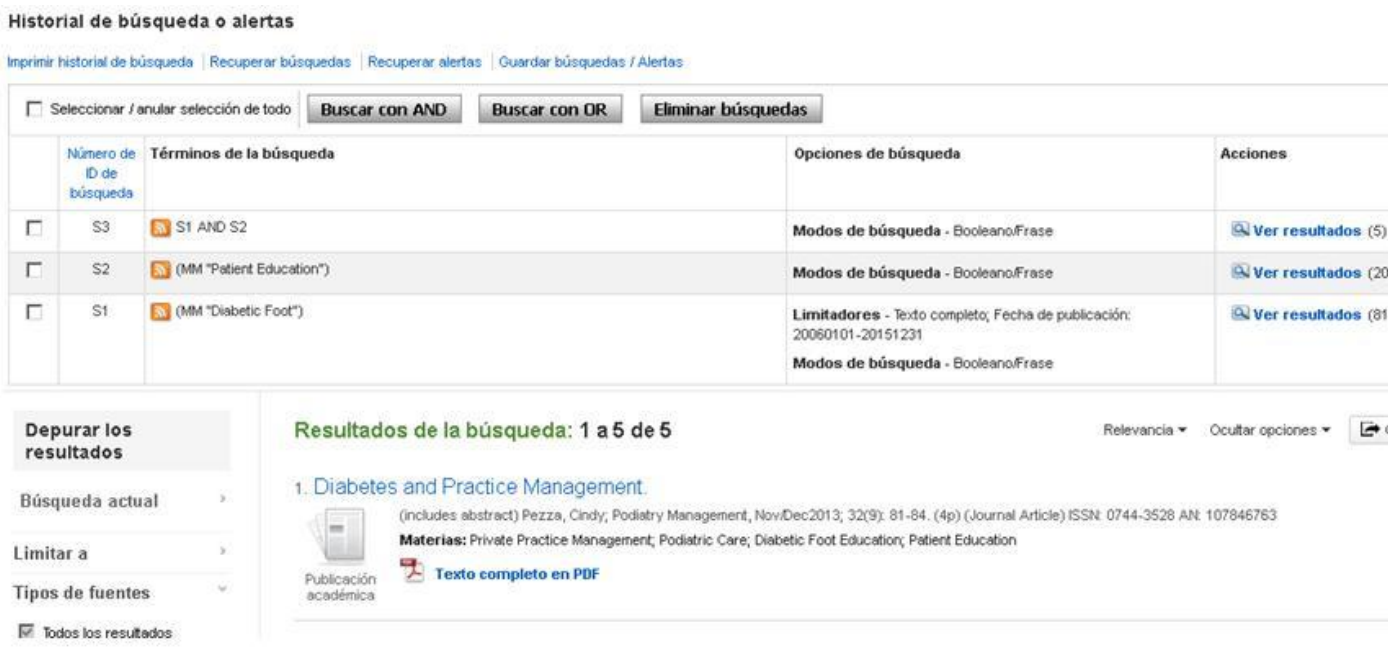
Una vez realizada la búsqueda, en la pantalla se nos ofrecerá un listado de resultados con opciones para visualizarlos, y guardarlos.



Sobre los resultados vemos el “Historial de búsqueda” que nos mostrará todas las búsquedas hechas en la sesión. En el lateral izquierdo de la pantalla veremos los filtros para limitar la búsqueda.

Por defecto los resultados aparecen ordenados por **Relevancia**, y muestra parte de la información del documento. Si la BVgcSalud tiene contratada esa publicación se muestra el enlace al texto completo.

5. Historial de Búsquedas



Podemos:

• Imprimirlo o guardarlo con la opción "Imprimir historial de búsqueda".

• Con la opción "Guardar búsquedas/ alertas", podemos guardar el Historial en la plataforma de EBSCO, si estamos registrados, para volver a ejecutarlo en otra sesión, o crearnos una Alerta que nos avise cuando entre en la base de datos un artículo nuevo relacionado con el tema de nuestro interés.

• Marcando las casillas podemos:

– Combinar varias búsquedas con los operadores AND o OR.

– Eliminar alguna de las búsquedas.

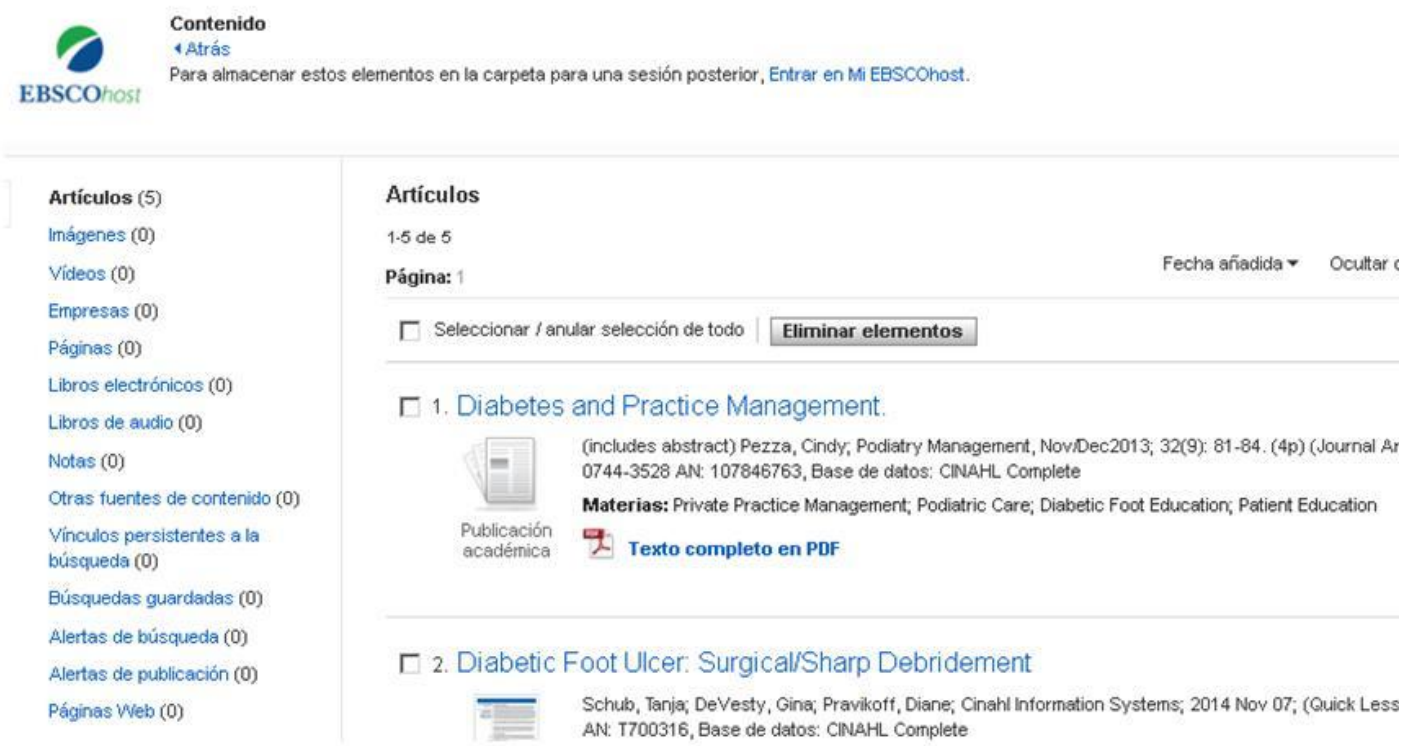
• Ver los resultados de cada una de las búsquedas que hemos hecho (**Ver resultados**), ver información de la base de datos (**Ver detalles**) y también podemos modificar los límites de la búsqueda (**Modificar**).

Seleccionar resultados

Para guardar o imprimir los resultados primero debemos seleccionarlos:

1. Podemos elegirlos uno a uno, marcando la opción "**Añadir a la carpeta"** de cada registro.

2. En el caso de que queramos seleccionar todos los resultados de una búsqueda, viéndolos, marcaremos la opción " **Compartir**", y a continuación "Resultados **del 1-10**" (es el número que nos muestra la página por defecto). Y así sucesivamente pasando página.



6. Mi EBSCOHost

La empresa EBSCO, ofrece a todos sus usuarios en su plataforma un espacio donde crear una cuenta personalizada para:

- Guardar preferencias.
- Organizar la búsqueda en carpetas.
- Compartir carpetas con otros usuarios.
- Ver carpetas de otros usuarios.
- Guardar y recuperar el historial de búsqueda.
- Crear alertas de correo electrónico y noticias RSS.
- Obtener acceso a investigaciones guardadas de forma remota.

Entraremos seleccionando la opción "**Conectar**" de la parte superior.

Para poder acceder a este espacio, debemos antes crearnos una cuenta. Una vez que tengamos creada nuestra cuenta solamente tendremos que identificarnos.

Para más información: bvgcs@asturias.org

Bibliografía

No tiene Bibliografía por ser fruto del conocimiento de las autoras

Palabras clave: Búsqueda bibliográfica, BVgcSalud, CINAHL Complet, EBSCOhost, Red de Bibliotecas gcSalud

Revisión a los clásicos

El manejo de las personas con enfermedad crónica

28/06/2016

Martín Caicoya Gómez- Morán

Chronic Disease Management. What will it take to improve care for chronic illness.

Edward E Wagner. Director del McColl Institute for Health Care Innovation

Effective Clinical Practice 1998;1:2-4

En este texto, escrito a modo de editorial, que introduce un número del Effective Clinical Practice dedicado a las enfermedades crónicas, Edward Wagner, director del McColl Institute for Health Care Innovation, postula que la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se constituye en el reto principal para los sistemas sanitarios. Para responder a ello, (al menos en EEUU que es donde examina el problema) es necesario modificar la atención primaria que actualmente está centrada en el diagnóstico de síntomas y signos con alta dependencia de pruebas complementarias y de la prescripción de medicamentos, donde se provee una breve educación y se deja el seguimiento al propio paciente. Pero las necesidades de los pacientes crónicos se resumen en lo siguiente: que se produzcan interacciones con el sistema de manera planificada y regulada, que la atención se centre en la funcionalidad del paciente crónico y en la prevención de las exacerbaciones y complicaciones, la realización de evaluaciones sistemáticas e integrales de la salud, la provisión de cuidados basados en guías clínicas, el fortalecimiento de la autoayuda, el desarrollo de las tecnologías de la información y el seguimiento continuo.

Para afrontar estos retos se precisa un cambio que debe tener un proceso bien definido y estar sustentado en los adecuados incentivos. El conjunto de objetivos se resumen en asegurar que el paciente mejore en su confianza para realizar la autoayuda, organizar los equipos para responder a las necesidades de pacientes crónicos, proveerles de guías basadas en la evidencia y asegurar su difusión, conocimiento y uso y dotar de buenos sistemas de información que aseguren el registro de pacientes, el seguimiento y el envío de recuerdos. Wagner discute en este texto cuatro supuestos: que un programa de crónicos supondrá un ahorro, que será beneficioso, entonces, centrarse en los pacientes más costosos y frágiles , que la AP no está ahora capacitada para afrontar el problema y que lo mejor es que los pacientes de alto riesgo no sean seguidos en la AP sino por un case manager. Considera que esto debe examinarse con pruebas objetivas y en general afirma que el objetivo no debe ser el ahorro sino la calidad y que centrarse en pacientes de alto riesgo supone perder de vista al resto de los crónicos, cuando la realidad demuestra un *status móvil* y que entran y salen de los diferentes estratos de riesgo.

Aparece en este artículo el modelo propuesto que ha sido adoptado por la OMS en su estrategia de crónicas, de donde se copia en su versión castellana. Nace el Chronic Care Model (CCM) que tendrá una repercusión

importante, en la reflexión no resuelta, de cómo responder a las necesidades de los pacientes crónicos y de su entorno.

Comentario

El problema de las enfermedades crónicas ya se vislumbró en las primeras décadas del siglo XX cuando merced a las mejoras en las expectativas de vida, disminución de la mortalidad por enfermedades contagiosas y adopción de hábitos dañinos para la salud tanto el cáncer como la enfermedad cardiovascular aparecieron como causas importantes de morbi- mortalidad. La preocupación se certifica con los estudios dedicados a conocer las causas del cáncer de pulmón, publicados en la década de los 60 del siglo pasado y los estudios epidemiológicos de cardiopatía isquémica, especialmente el Framingham y el Seven Countries ya comentados en esta sección. El peso de las enfermedades crónicas en a atención sanitaria obligó a examinar el modelo de atención. Wagner et al en 1996 dicen que el atención médica ordinaria fracasa a la hora de responder a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas, incluso en sistemas integrados. Según los autores, las intervenciones sanitarias efectivas contrastadas en la literatura científica caen cinco categorías: la atención planificada basada en la evidencia; la reorganización de las consultas y de los roles de los profesionales; la mejorar en el apoyo al autocuidado; el aumento del acceso al experto y el mayor acceso a la información clínica. En este artículo, Wagner et al se preguntan cómo integrar estos componentes en un sistema de atención a la enfermedad crónica.

La respuesta la dió dos años más tarde en el artículo que comentamos el cual forma parte de un número dedicado a este problema. Hoy día el camino seguido por el modelo propuesto por Wagner es ya largo y ha sido examinado ampliamente en cuanto a su efectividad.

Un aspecto atractivo de la propuesta es que el modelo es un conjunto de componentes que en teoría se pueden aplicar a cualquier sistema sanitario. Esta estrategia es la misma que sigue la Comunidad Europea con los Work Packages, herramientas para mejorar la calidad que cada institución o sistema aplica de la manera que estime oportuno y que en conjunto favorecen el resultado buscado. Sin embargo, el grupo de Wagner en un trabajo publicado en 2001, tras examinar la experiencia concluye que no es suficiente con introducir los componentes del CCM, es necesario modificar el sistema. Ya lo había advertido el IOM en su publicación Crossing the Quality Chasm: las mejoras en salud no se pueden conseguir forzando el sistema actual, es porque no pueden realizar el trabajo aunque se esfuerce, hay que cambiarlos. En mi opinión CCM se puede ver como una palanca para introducir cambios en el sistema. Esto me recuerda la reflexión de Gail Collins en el NYT del 11 de marzo a propósito de las ventajas e inconvenientes de Hillary Clinton frente a Bernie Sanders. Concluye que la señora Clinton está más capacitada para trabajar dentro del sistema pero no para cambiarlo porque forma parte de él. Pues el reto del CCM es que debe trabajar dentro del sistema y con estos elementos, cambiarlo. Y la experiencia acumulada es que con el CCM se puede mejorar la atención a una serie de enfermedades como diabetes, asma, insuficiencia cardiaca, depresión, etc.

La aplicación sistemática, a veces mediante ensayo clínico, del CCM nos enseña varias cosas respecto a cada uno de los componentes. Respecto al componente de la organización de la asistencia se ha visto que es muy importante el liderazgo, que este asegure que se resuelven los obstáculos y se asegura la financiación,

incluidos los incentivos al cambio y la remoción de los disincentivos, así como el modelo elegido para mejorar la calidad que debe adaptarse al entorno. En cuanto al componente de los recursos de la comunidad, se demuestra que la asociación con las diferentes agencias e instituciones que proveen los servicios necesarios en la cronicidad de los que el sistema adolece se traduce en buenos resultados. El cambio en el estilo y método de educación sanitaria, desde el didáctico habitual en las consultas, al estímulo y apoyo de un autocuidado más efectivo, funciona en diabetes, asma y otras trastornos crónicos. Suelen realizarse fuera del sistema, en interacciones breves que enfatizan el papel crucial del paciente en el mantenimiento de la salud y la funcionalidad, la importancia de tener objetivos, planes, identificar barreras, resolver problemas y retirar obstáculos; al fin y al cabo, planificar. La provisión de servicios de alta calidad al paciente crónico exige la coordinación de muchos profesionales. Entre las estrategias, además del "case manager" casi siempre en manos de una enfermera y en algunos lugares de un farmacéutico, lo más frecuente es usar los registros para planificar visitas en las que el paciente recibe el cuidado integral de todos los miembros implicados y el seguimiento vía teléfono. En cuanto al apoyo a las decisiones, las guías son efectivas solo si son útiles en la atención al paciente. Por ejemplo, una guía de evaluación de la severidad es útil si unido a los resultados de la evaluación se proponen cambios en el tratamiento. La formación continuada sigue siendo un problema así como una relación más fluida con los especialistas que pueden ayudar y apoyar en las decisiones. En este sentido, el grupo de trabajo en la Medicina Interna en España propone la creación del internista de apoyo al centro de salud para los enfermos crónicos basado en una comunicación ágil y evaluaciones conjuntas ocasionales. Los sistemas de información están cada vez más extendidos en formato electrónico. Dotar de la posibilidad de que los registros produzcan informes de los planes de tratamiento que sirvan de información para la visita es un aspecto que se muestra como fundamental.

En España todas o casi todas las comunidades han diseñado una estrategia para afrontar el problema de las enfermedades crónicas y la atención al paciente pluripatológico. Osakidetza ha sido pionera y en Asturias se ha optado por una estrategia desde la perspectiva de la salud: "Personas sanas, poblaciones sanas" un programa disponible en Astursalud . Se basa en un enfoque poblacional orientado fundamentalmente a los determinantes de la salud: el objetivo es prevenir para ello examina cómo se producen los factores de riesgo que llevan a la enfermedad y vuelca sus fuerzas en evitarlos. Una ambiciosa estrategia de salud pública como política que tiene los inconvenientes de que no depende del sistema sanitario y de que cuanto más atrás se vaya en la historia natural de la enfermedad más indeterminación. Pero eso no importa pues se propone actuar sobre las condiciones que producen desequilibrios en la equidad, se traduzcan o no en enfermedad crónica siempre son causante de perdida de salud entendida como bienestar completo social, mental y físico. Además, en los aspecto que le competen al sistema sanitario, se alía con la estrategia de promoción de la salud, reconoce y refuerza el liderazgo de la atención primaria, la importancia de la continuidad y de la integración sociosanitaria, del empoderamiento de los pacientes y el apoyo al autocuidado, la participación del conjunto de la sociedad, la perspectiva de género, la prevención del uso inadecuado de recursos, especialmente los preventivos además de ordenar los planes y programas que puedan entrar en conflicto o producir déficit o solapamientos y hace una apuesta por la trasparencia. Es un enfoque más ambicioso que el CCM, que se traduce en una línea de salud en todas las políticas, en contraste con el CCM que se centra en cambios en el

microsistema asistencial. Sin embargo comparte con él el énfasis en el autocuidado, el denominado paciente activo, y como dice el Consejero en el prólogo, una de las novedades es la necesidad de coordinar y compartir lo que se hace dentro del sistema sanitario con las actuaciones fuera de él. También, de acuerdo con el CCM, se reconoce la necesidad de formación de los profesionales y la continuidad en la asistencia.

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74:511-44.

Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving Chronic Illness Care: Traslating Evidence into Action. Health Affairs 2001;20:64-78

https:// www.asturias.es/ Astursalud/ Ficheros/ AS_Salud %20Publica/ Estrategias/ Estrategia %20Cronicidad/ Estrategia %20Cronicidad_Libro.pdf

Selección de informes » Tecnologías organizativas

Desarrollo y pilotaje de un programa colaborativo multidisciplinario para la atención integral de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) PROMIC

28/06/2016

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias se puso en marcha la estrategia de atención a la cronicidad a finales de 2014. Entre sus proyectos se encuentra el de Atención a Pacientes Crónicos Complejos (Proyecto 14), y este informe aborda gran parte de los aspectos relacionados con esa atención, pero solo para pacientes con insuficiencia cardíaca. Realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco, OSTEBA, de 2014.

Este informe centra sus investigaciones en los pacientes que ingresan por Insuficiencia Cardíaca (IC) por su alta prevalencia y por tratarse de pacientes crónicos pluripatológicos complejos. En general, son pacientes de edad avanzada, con altos grados de comorbilidad y polimedicación, baja adherencia al tratamiento y dificultades para el autocuidado.

El principal objetivo de este proyecto es establecer un modelo sostenible de atención a los pacientes que ingresan por IC y que mejore los resultados en salud. PROMIC es una innovación organizativa de gestión de cuidados que proporciona un abordaje integral e integrado a pacientes con alto grado de complejidad, como son los pacientes ingresados por IC. Promueve la integración de cuidados entre ámbitos asistenciales junto con el cambio del rol de enfermería y la capacitación en autocuidados del paciente.

La formación sólida e integral del personal de enfermería contribuye a la realización de una evaluación clínica, adaptada al grado de comorbilidad y a la optimización de la medicación según protocolos y guías de práctica.

Los y las profesionales de la medicina de familia con formación y dedicación, según las necesidades de los pacientes, se centra en la atención integral al paciente en cuanto a la comorbilidad compleja, en la atención precoz a diferentes tipos de descompensación y en la atención a domicilio. El/ la cardiólogo contribuye a la adecuación de la asistencia de IC y comorbilidad cardiovascular (CV).

Es necesario dimensionar tiempos y cargas de trabajo y asegurar las ausencias con personal cualificado para mantener la eficacia de la intervención.

Es necesario impulsar la conexión del paciente con los recursos comunitarios y mejorar la comunicación y coordinación con los servicios proveedores de los mismos. Se ha objetivado una dificultad en el acceso a recursos sociales ante las necesidades urgentes y programadas de este tipo de pacientes.

Una de las limitaciones observadas en la puesta en marcha del proyecto PROMIC es la necesidad de manejar la información de los pacientes en una historia clínica única, accesible a todos los profesionales que intervienen en la atención del paciente.

Referencia

Domingo C, Torcal J, Oyanguren J, Lekuona I, Salaverri Y, Echevarria P, Otxandategi A, Oses M, Regidor I, Armendariz M, Palomar S, Uribe L, Gallego B, Gil P, Iglesias A, Grandes G, Latorre P.M. Desarrollo y pilotaje de un programa colaborativo multidisciplinar para la atención integral de pa cientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) PROMIC. Investigación Comisionada. Departa mento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria- Gasteiz 2014. Informe Osteba D-14-01

ver informe completo

Palabras clave: Cronicidad, Gestión de cuidados

Selección de informes » Tecnologías organizativas. Telesalud

Telemedicine Consultations for Patients in Long Term Care: A Review of Clinical Effectiveness, Cost- Effectiveness, and Guidelines

28/06/2016

Esta revisión sistemática de la utilidad y coste efectividad de la telesalud en residencias de ancianos concluye que se precisan más estudios de mejor calidad. De la revisión de los 4 estudios, dos ensayos no aleatorizados, uno aleatorizados y una revisión sistemática, de las 139 citas identificadas, que se redujeron a 9 al leer el resumen, a las que se añadieron dos de literatura gris y que tras su examen se excluyeron aún 7. Los estudios proceden del mundo anglosajón excepto 1 que es de Taiwán. Ninguno canadiense lo que hace dudar a los autores de la traslación de los resultados a su medio. La intervención consiste en consulta con el especialista mediante videoconferencia, bien con el paciente o con su médico o enfermera. Se consiguen buenos resultados en dermatología, psiquiatría y control de diabetes. La satisfacción de paciente, médicos y enfermeras es alta. No se ha podido hacer un análisis fiable de coste/ efectividad. En resumen, la aplicabilidad de estas experiencias a nuestro medio cultural es dudosa, además de precisar una infraestructura y organización cuyo coste sería difícil de justificar fuera de una investigación

ver informe completo

Palabras clave: Cronicidad, Residencia de ancianos, Telesalud

Selección de informes » Tecnologías diagnósticas. Telemedicina

Retinografía digital con cámara no midiátrica en población con diabetes

28/06/2016

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, como resultado del Plan de Atención Primaria 2013, se diseñó e implantó el cribado de retinopatía diabética para pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus. La aceptación del cribado ha sido buena entre profesionales y población y en estos momentos su cobertura alcanza a la mayoría de centros de salud. La implantación de este cribado se basó en la evidencia científica anterior a 2013, sin embargo resulta interesante corroborar que la decisión estratégica fue adecuada. Presentamos un informe de evaluación realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Australiana, AHTA, Adelaide Health Technology Assessment School of Population Health, University of Adelaida, de 2014.

Objetivo

Determinar si la retinografía digital con cámara no- midriática (RP- NMRC) es segura, eficaz y rentable para la detección de la retinopatía diabética (RD) en pacientes con diabetes diagnosticada. La evaluación se realizó para valorar su incorporación en la cartera de servicios de atención primaria en Australia.

Conclusiones y resultados

Efectividad

La evidencia sobre el cambio en la gestión constató que en comparación con un modelo de vigilancia tradicional, la RP-NMRC oportunista en un entorno de la atención primario aumentó significativamente el cumplimiento (tres estudios). Un estudio australiano encontró que entre los pacientes indígenas, el seguimiento con un oftalmólogo después de RP-NMRC y remisión por un médico/ a de AP era substancialmente más alto que el seguimiento con un oftalmólogo después de vigilancia tradicional (90% vs 15% respectivamente; $p < 0.001$).

Cost- effectiveness

La RP- NMRC es probablemente la opción más coste- efectiva para el diagnóstico de DR en pacientes con diabetes que de lo contrario no recibirían exámenes regulares de la vista. El coste incremental estimado por AVAC fue $14.870 en la población general australiana y $12.380 en la población diana indígena, mientras que el coste por caso de ceguera prevenido fue de aproximadamente $51.600 y $46.600, respectivamente.

ver informe completo

Palabras clave: Atención primaria, Cribado, Retinopatía diabética

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

The organisation and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study

28/06/2016

Este proyecto, realizado por el Programa Health Services and Delivery Research (HS&DR), del National Institute for Health Research (NIHR) de Escocia, examina la organización y ejecución de las actividades de mejora de la salud en el seno del equipo de atención primaria de salud.

El proyecto se diseñó para examinar quien ofrece estas intervenciones, donde están ubicados los servicios, qué métodos se desarrollan en las prácticas, cómo los equipos de atención primaria organizan estas practicas y cómo éstas contribuyen a la mejora de la salud, centrando la atención en la promoción de salud y prevención de la enfermedad.

Se realizó una revisión, en la que se identificaron 1140 artículos, en los que según los autores se recogía información insuficiente sobre el impacto de los aspectos organizativos y sobre como afectaban a la efectividad de la intervención, centrándose los estudios principalmente en la evaluación de las intervenciones individuales. Concluyen los autores que la evidencia actual es insuficiente para sustentar algunas de las intervenciones más generalizadas en atención primaria y sugieren que futuras investigaciones aborden los aspectos organizativos de la prevención y las intervenciones comunitarias.

Referencia

Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K, et al. The organisation and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study. Health Serv Deliv Res 2015; 3(29).

ver informe completo

Palabras clave: Organización en Atención Primaria

Selección de informes » Informe Eurostat » Muertes evitables

Mortalidad evitable en la Unión Europea

28/06/2016

Uno de cada tres fallecimientos en la Unión Europea podrían haber sido evitados con la tecnología y los conocimientos médicos disponibles.

Estas son las conclusiones del informe sobre mortalidad evitable en la Unión Europea realizado por EUROSTAT, el 48% de las mismas se deben a cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro vasculares.

ver informe completo

Actualizaciones de guías de práctica clínica

Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico, 2015

28/06/2016

Introducción

Este informe recoge una serie de prácticas para el manejo seguro de los opioides en pacientes con dolor crónico y describe el procedimiento de consenso que se ha seguido para establecerlas.

Documento de consenso, realizado a partir de una técnica Delphi a dos rondas promovido por el Ministerio Sanidad. Para su elaboración se constituyó un Comité de Expertos integrado por representantes de 12 sociedades científicas relacionadas con el tratamiento de pacientes con dolor crónico.

Objetivo

EL objetivo del proyecto fue identificar y establecer de forma consensuada unas prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico , dirigidas a prevenir los errores de medicación y, en consecuencia, a reducir los eventos adversos prevenibles causados por estos medicamentos en el Sistema Nacional de Salud

Resultados y Conclusiones

Se identificaron 122 prácticas en las que se alcanzó un consenso alto. Las recomendaciones contemplan todos los procesos críticos del uso de los analgésicos opioides y consideran las principales causas asociadas a los errores detectados habitualmente en el curso de su utilización, por lo que cubrirían los objetivos planteados. Incluyen prácticas dirigidas a las instituciones sanitarias, a los profesionales y a los pacientes o cuidadores, lo que subraya la necesidad de que todos los agentes implicados aborden su papel para garantizar un uso seguro de estos medicamentos. En este sentido, se incide especialmente en la formación y participación de los pacientes y cuidadores, último eslabón/ punto crítico de la cadena de su utilización.

La disponibilidad de esta relación de prácticas seguras, dirigidas a evitar los errores más frecuentes en el uso de opioides en pacientes con dolor crónico, facilitará el desarrollo de herramientas e intervenciones para su traslado a la práctica asistencial, lo que contribuirá a mejorar la seguridad en el uso de estos fármacos.

ver informe completo

Palabras clave: Dolor crónico / terapia, Opioides, Prácticas seguras

e- notas de evaluación