Editorial

Mejorar la eficiencia del sistema de salud un objetivo de crisis

18/07/2012

La crisis financiera y las decisiones políticas y económicas que se han asociado, y que se han expresado en los recortes a los presupuestos sanitarios y coberturas poblacionales, recogidas en el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones[1] motivan una creciente preocupación sobre el futuro/ presente de los servicios sanitarios.

Si bien la contribución de los servicios sanitarios a la salud en los entornos más desfavorecidos es menor que las medidas de salud pública, sociales y educativas, en entornos desarrollados, donde las mejoras en salud se producen en personas de mayor edad y con problemas crónicos las aportaciones de los servicios sanitarios son mayores. En Asturias la mortalidad por causas evitables, que constituyen el 50% de todas las defunciones en menores de 75 años, han disminuido en un 50 % en los últimos 30 años, periodo en el que se alcanzó la cobertura universal y se ampliaron las prestaciones. Otras aportaciones de los servicios sanitarios son su alta valoración social y los beneficios que el sistema sanitario aporta en cuanto a generador de empleo y de desarrollo tecnológico[2].

El papel de la tecnología sanitaria en el gasto y los modelos de práctica son reconocidos y ampliamente discutidos[3, 4, 5], las propuestas variadas y los términos desinversión o reasignación de recursos son habituales y discutidos como alternativa a recortes indiscriminados del gasto[5, 6, 7].

Afortunadamente disponemos de suficiente información sobre eficacia, efectividad, seguridad y eficiencia de las prestaciones, disponemos de sistemas de información lo suficientemente desarrollados como para conocer los resultados de nuestras intervenciones clínicas y disponemos de recursos informáticos suficientes para acceder desde cualquier centro sanitario al conocimiento más actualizado. En palabras de Bernal y Campillo "ya no hay excusa"[7].

Los y las profesionales de la atención sanitaria son quienes asumen la mayoría de las decisiones sobre las actuaciones sanitarias. Por ello, con independencia de que los recortes en los presupuestos sanitarios obedezcan a causas externas, a las que individualmente somos ajenos, nos corresponde asumir las decisiones de abandonar las prácticas sanitarias que no añaden valor en salud, o cuyo valor es escaso, y utilizar estos recursos para las personas enfermas, mejorando su salud y la de la ciudadanía.

Pero solo acompañando esta práctica profesional de mejoras organizativas y estructurales que optimicen los procesos y los circuitos de las prestaciones, mejoras de la gestión, y mejoras en la difusión del conocimiento para trasformar éste en acción podrán alcanzarse intervenciones eficaces, coherentes y aceptadas.

Bibliografía

1.- Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

2.- La Sanidad Pública en Asturias. I La sostenibilidad del Sistema. Real Instituto de Estudios Asturianos. Oviedo, 2009

3.- Román Villegas. Evaluación e introducción de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud: recetas de ayer vigentes hoy. Gestión Clínica y Sanitaria, 2011;13(2):39-42

4.- Beatriz González. Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Masson, 2005

5.- Juan del Llano. Desinvertir en lo que no añade salud sin dañar el sistema. Gestión Clínica y Sanitaria, 2011;13(3):83-85

6.- José Ramón Repullo. Taxonomía práctica de la ? desinversión sanitaria? en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012; 27(3):130---138.

7.- Carlos Campillo- Artero, Enrique Bernal- Delgado. Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin brotes verdes. Rev. Calidad Asistencial 2012;27:127-9

Palabras clave: Eficiencia, Tecnología sanitaria

Reseñas de Investigación

Evaluación del riesgo de resultados falsos positivos en los programas de cribado poblacional de España (proyecto RAFP)

18/07/2012

Grupo de trabajo de riesgo acumulado de falso positivo:

Almazán R., Ascunce N., Baré M., Baroja A., Belvis F., Castells X., Cuevas D., De la Vega M., Delfrade J., Díez de la Lastra I., Ederra M., Erdozain N., Fernández A.B., Galcerán J., Gónzalez- Román I., Ibáñez J., Maciá F., Natal C., Queiro M.T., Román R., Sala M., Salas D., Velarde J.M. y Zubizarreta R.

Proyecto FIS/ FICYT: Instituto de Salud Carlos III- FEDER (PI061230)

Resumen

Destacamos que una quinta parte de las mujeres pueden presentar un resultado falso positivo a lo largo de la participación completa en el programa de cribado, si bien esta proporción puede variar mucho en función de las características de la mujer y del programa. El riesgo de tener un resultado falso positivo después de una prueba invasiva, como biopsias o PAAF, es mucho menor.

Introducción

En el contexto de la evaluación de la efectividad de los programas de detección precoz del cáncer de mama existe un intenso debate sobre el balance entre los beneficios (reducción de la mortalidad, ya bien determinada) y los riesgos o efectos adversos, mucho menos evaluados.

El beneficio esperado de la extensión de la práctica continuada de la mamografía de cribado conlleva, efectivamente, algunos efectos adversos para las mujeres participantes. Así, hay un porcentaje de mujeres en que el resultado de la prueba no es el correcto, ya sea porque clasifica la imagen mamográfica como una posible lesión maligna que, después de más pruebas, no se confirma como cáncer (falso positivo), o porque no detecta una lesión maligna existente (falso negativo).

Los resultados de falsos positivos generan preocupación y ansiedad a las mujeres afectadas, así como más pruebas adicionales con unos costes asociados. Sin embargo, los resultados falsos positivos son un aspecto intrínseco y en parte inevitable de los programas de cribado y las *Guías europeas de calidad del cribado de cáncer de mama* consideran aceptables porcentajes de falsos positivos iguales o inferiores al 5-7%.

Objetivos

El objetivo del proyecto es estudiar cuál es el riesgo para una mujer participante de presentar un resultado falso positivo en una mamografía de cribado, teniendo en cuenta las características del programa (lectura simple o doble, mamografía digital o analógica, número de proyecciones, etc.), la experiencia del radiólogo y las características de la mujer (edad, menopausia, antecedentes familiares o personales de patología mamaria, uso de tratamiento hormonal sustitutivo, etc.).

Metodología

Se analizó una cohorte retrospectiva de mujeres de 45 a 69 años de edad, participantes en cualquiera de los 10 programas de cribado del estudio. Mediante modelos mixtos de riesgo a tiempo discreto se estimó el riesgo de una mujer cribada de presentar un resultado falso positivo. Asimismo, se analizó el efecto de las características del protocolo de lectura mamográfica y de la mujer en el riesgo de falso positivo, tanto para cualquier tipo de prueba como para pruebas invasivas (punción con aguja fina, core- biopsia y biopsia quirúrgica). Finalmente se calculó el riesgo acumulado de tener

un resultado falso positivo a lo largo de la participación en todas las rondas de mamografías de cribado, es decir, cada dos años, desde los 50 hasta los 69 (máximo de 10 rondas).

Resultados

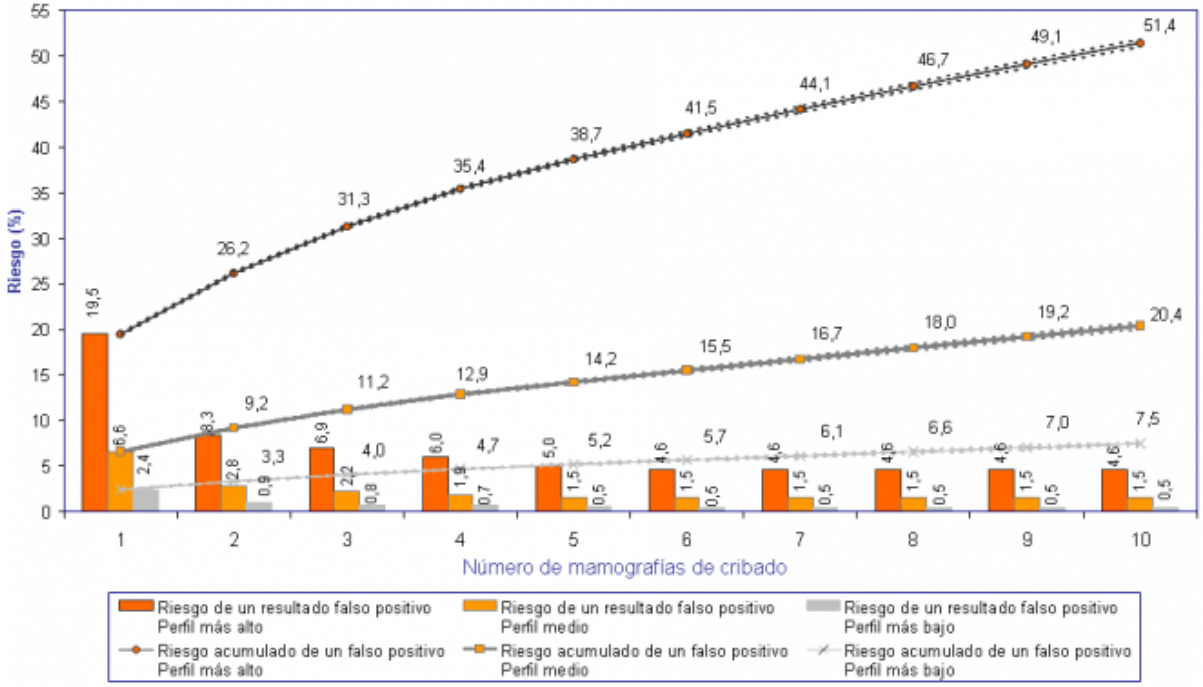
La cohorte estaba formada por un total de 1.565.364 mujeres a las que se habían realizado un total de 4.739.498 mamografías de cribado. La proporción de mujeres con resultado falso positivo para cualquier tipo de prueba fue de un 8,6% en cribado inicial y de 4,1% en cribados sucesivos, mientras que la proporción de mujeres con resultado falso positivo después de una prueba invasiva fue muy inferior, 1% en cribado inicial y 0,3% en cribados sucesivos. Tabla 1

Tabla 1. Tasa de resultados falsos positivos y de detección de cáncer por tipo de cribado (inicial y sucesivo)

	Cribado inicial		Cribado sucesivo		Total	
Tasas	Nº	Porcentaje [95% IC]	Nº	Porcentaje [95% IC]	Nº	Porcentaje [95% IC]
Falso positivo (cualquier prueba)	134 757	8,6 (8,56-8,65)	130 044	4,10 (4,08-4,12)	264 801	5,59 (5,57-5,61)
Falso positivo (pruebas invasivas)	15 894	1,02 (1,00-1,03)	8 542	0,27 (0,26-0,28)	24 436	0,52 (0,51-0,52)
Detección cáncer	7 065	0,45 (0,44-0,46)	9 464	0,30 (0,29-0,30)	16 529	0,35 (0,34-0,35)

Para una mujer que participa en un programa, el riesgo acumulado de tener al menos un resultado falso positivo después de 10 rondas de cribado es de un 20,4%, si bien este riesgo tiene un rango muy amplio en función de las características de la mujer y del programa, oscilando entre un 45,4% en los casos de mayor riesgo (programas con doble lectura, una proyección, mamografía analógica, mujeres pre- menopáusicas, con procedimientos invasivos previos y antecedentes familiares de cáncer de mama) y un 6,2% en los de menos. Figura 1

Figura 1. Riesgo acumulado y riesgo puntual de un resultado falso positivo
Edad de inicio 50 - 51 años. Perfiles de riesgo más alto, medio y más bajo



El riesgo acumulado de tener un resultado falso positivo en procedimientos invasivos oscila entre un 1% (95% CI: 0.89-1.05) y un 5,8% (95% CI: 5,61-5,98) en los casos de menos y más riesgo, respectivamente.

Los factores asociados a un mayor riesgo de falso positivo para cualquier prueba, ajustados simultáneamente por las características del protocolo de cribado, fueron: edades más jóvenes en el cribado (OR = 1,5 en mujeres de 44 a 49 comparado con las de 65-69), doble lectura de la mamografía (OR = 1,34), estado pre- menopáusico (OR = 1,31), pruebas invasivas previas (OR = 1,52) y antecedentes familiares de cáncer de mama (OR = 1,18). Tabla 2

Tabla 2. Riesgo de falso positivo según características de la mujer y del programa

Mamografías de cribrado		Falso positivo para cualquier prueba Odds Ratio ajustada (95% IC)	Falso positivo para pruebas invasivas. Odds Ratio ajustada (95% IC)
Edad de inicio			
44-49	469 047	1,50 (1,46-1.54) *	1,44 (1,30-1,58) *
50-54	699 256	1,26 (1,23-1,29) *	1,26 (1,15-1,37) *
55-59	695 921	1,13 (1,10-1,16) *	1,06 (0,97-1,16) *
60-64	633 845	1,06 (1,03-1,09) *	0,96 (0,88-1,06) *
65-69	279 360	Ref.	Ref.
Método de lectura			
Simple	443 131	Ref.	Ref.
Doble	2 334 298	1,34 (1,26-1,42) *	1,92 (1,55-2,38) *
Número de proyecciones			
Una	1 332 301	Ref.	Ref.
Dos	1 445 128	0,60 (0,58-0,61) *	1,42 (1,32-1,53) *
Tipos de mamografía			
Analógica	2 760 864	Ref.	Ref.
Digital	16 565	0,62 (0,57-0.67) *	0,85 (0,63-1,14) *
Tto. hormonal sustitutivo			
No	2 485 550	Ref.	Ref.
Sí	291 879	1,03 (1,01-1,05) *	0,84 (0,78-0,90) *
Menopausia			
Menopausia	2 157 627	Ref.	Ref.
Premenopausia	619 802	1,31 (1,29-1,33) *	1,22 (1,16-1,29) *
Pruebas invasivas previas			
No	2 585 871	Ref.	Ref.
Sí	191 558	1,52 (1.49-1,56) *	2,00 (1,89-2,12) *
Antecedentes familiares cáncer mama			
No	2 581 981	Ref.	Ref.
Sí	195 448	1,18 (1,15-1,20) *	1,21 (1,13-1,30) *

Discusión

Destacamos que una quinta parte de las mujeres pueden presentar un resultado falso positivo a lo largo de la participación completa en el programa de cribado, si bien esta proporción puede variar mucho en función de las características de la mujer y del programa. El riesgo de tener un resultado falso positivo después de una prueba invasiva, como biopsias o PAAF, es mucho menor.

Estos resultados deberían servir tanto para mejorar la información que se proporciona a las mujeres como la efectividad de los programas, ya que algunos de los factores asociados a un mayor riesgo, como la edad de inicio o la doble lectura, son modificables.

Los autores no declaran conflicto de interés

Bibliografía

1. *Álamo- Junquera, Dolores; Murta- Nascimento, Cristiane; Maciá, Francesc; Baré, Marisa; Galcerán, Jaume; Ascunce, Nieves; Zubizarreta, Raquel;Salas, Dolores; Román, Rubén; Castells, Xavier; Maria, Sala; the Cumulative False- Positive Risk Group: "Effect of false- positive results on reattendance at breast cancer screening programmes in Spain", en The European Journal of Public Health, May 9, 2011, pags. 2-5.*
2. *Román, R.; Sala, M.; Salas, D.; Ascunce, N.; Zubizarreta, R.;Castells, X. & Cumulative False Positive Risk Group: "Effect of protocol- related variables and women? s characteristics on the cumulative false- positive risk in breast cancer screening", en Annals of Oncology March 23, 2011, pags. 1-7.*
3. *Román, R.; Sala, M; De la vega, M; natal, C; Galceran, J; González- román, I; baroja, A; zubizarreta, R; ascunce, N; salas, D; castells, X: "Effect of false- positives and women? s characteristics on long- term adherence to breast cancer screening", en Breast Cancer Res Treat, Published on line: 27 May 2011.*
4. *Salas, Dolores; Ibáñez, Josefa; Román, Rubén; Cuevas, Dolores; Sala, Maria; Ascunced, Nieves; Zubizarretae, Raquel; Castells, Xavier and The CFPR (CumulativeFalsePositiveRisk) group: "Effect of start age of breast cancer screening mammography on the risk of false- positive results", en Preventive Medicine 53, 2011 pags. 76? 81.*
5. *Zubizarreta Alberdi, Raquel; Fernández Llanes, Ana B.; Almazán Ortega, Raquel; Roman Expósito, Rubén; Velarde Collado, Jose M.; Queiro Verdes, Teresa; Natal Ramos, Carmen; Hederá Sanz, María; Salas Trejo, Dolores; Castells Oliveres, Xavier and the CFPR (CumulativeFalsePositiveRisk) group: "Effect of radiologist experience on the risk of false- positive results in breast cancer screening programs", en EurRadiol, Published on line: 04 June 2011.*

Palabras clave: Cribado mama, Falsos positivos, Mamografía, Neoplasias de la mama

Revisión a los clásicos

La equidad de género en salud. Los planteamientos de Lesley Doyal

18/07/2012

Marian Uria Urraza

Observatorio de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres

Instituto Asturiano de la Mujer

El término *equidad de género* ha sido definido como "justicia e imparcialidad en la distribución de los bienes, poder, recursos y responsabilidades entre mujeres y hombres" [1], e identificado como uno de los objetivos de las políticas de salud. Reconoce que hombres y mujeres tienen diferentes necesidades, poder y acceso a los recursos, y que estas diferencias deberían ser identificadas y orientadas de tal forma que rectifiquen las desigualdades.

Por ello, aunque podría parecer que alcanzar el objetivo de *equidad de género en salud,* supondría la igualdad en los resultados de salud de hombres y mujeres, esto es imposible, debido, no solo a sus diferencias biológicas, sino también a los distintos roles de género.

Lesley Doyal, actualmente profesora emérita en la Universidad de Bristol, donde ha impartido formación en los últimos años, ha sido una de las pioneras en el análisis de las relaciones entre los estudios de género y los estudios de salud y en las conexiones entre las ciencias biológicas y las sociales [2,3,4] y ha trabajado como consultora para la OMS y para Naciones Unidas [5].

En el artículo que se analiza a continuación, Doyal ofrece un análisis sobre las diferencias en las necesidades de mujeres y hombres y sobre los obstáculos, condicionados por el género, que les impiden alcanzar su potencial en salud y señala alguna de las implicaciones en las políticas públicas.

Doyal, Lesley. Gender equity in health: debates and dilemmas [6]. Social Science & Medicine 51 (2000) 931-939.

La autora comienza, señalando el cambio de planteamiento que se estaba produciendo en el discurso académico y en ámbitos políticos, al pasar de hablar de *mujeres* a hablar de *género*, es decir, de fijar la atención en las mujeres como grupo con menores privilegios, a poner el énfasis en la construcción social de las identidades de género y en la naturaleza de las relaciones entre mujeres y hombres.

Plantea que, conseguir la igualdad en resultados de salud entre mujeres y hombres es inalcanzable, por ello, el foco no debe ponerse en dichos resultados, sino en las *premisas que generan las bases para el desarrollo humano*. Así, para identificar aquellas cuestiones centrales para diseñar las estrategias de equidad, es necesario examinar, tanto la dimensión biológica (*sexo*) como la socialmente construida (*género*).

En la teoría y práctica biomédicas, el análisis de la masculinidad y la feminidad comienza y, normalmente acaba, con las diferencias en el sistema reproductivo. A pesar de ello, señala Doyal que es un punto de

partida para pensar en equidad, pues las mujeres parten de una situación de desventaja y necesitan acceso a los recursos para el control de la fecundidad y para un embarazo y parto saludables.

Los hombres, en casi todas las sociedades, tienen menor esperanza de vida que las mujeres condicionada, en parte, por mayores tasas de mortalidad perinatal, pero la medicina no cuenta con un desarrollo tecnológico que pueda compensar esta mortalidad prematura.

Pasando a la dimensión social, plantea la autora que el análisis de género muestra cómo todas las sociedades están divididas en el eje *hombre/ mujer* con diferentes deberes y responsabilidades: tareas domésticas y de cuidados en el ámbito privado adjudicadas a las mujeres, y trabajo remunerado y derechos y deberes de ciudadanía en el ámbito público, a los hombres.

Por ello, no solo hay diferencias, sino *desigualdades inherentes a la definición social de feminidad y masculinidad*, estando esta última más valorada. Hombres y mujeres son percibidos en función de ello lo que, lógicamente, tiene efecto a la hora de desarrollar su potencial para una vida saludable.

Socializarse como mujer tiene influencia en la identidad: menor autoestima, priorización de "los otros", etc. Además, el desigual acceso a una amplia gama de recursos (entre ellos el empleo) tiene un impacto significativo: vidas más largas pero menos saludables.

Aunque las desigualdades de género raramente privan a los hombres de los recursos para alcanzar sus necesidades, construir y mantener la identidad hegemónica masculina, *socializarse como hombre*, a menudo requiere asumir riesgos (accidentes, consumos), rechazar la búsqueda de ayuda y en ocasiones ejercer violencia.

Hasta aquí, explora Doyal cómo, tanto el sexo como el género, necesitan ser tenidos en cuenta para diseñar estrategias para la equidad. Y, aunque se han examinado las similitudes biológicas y sociales que identifican a hombres y mujeres como grupos separados, esto no implica homogeneidad. Las diferencias por edad, socioeconómicas y culturales también deben ser exploradas.

Así pues, las relaciones de género crean obstáculos para la salud, manteniendo desigualdades en la provisión de recursos que tienen un importante efecto en el bienestar y necesitan ser reorientadas, pero la solución es compleja y política y la autora repasa algunas de las alternativas que han ido surgiendo. Entre ellas, la que plantea la vuelta a los roles tradicionales, debido a que los cambios sociales han causado una merma en la salud de los hombres, no parece de recibo. Otra postura propone la reconstrucción de una masculinidad orientada en las mujeres, más saludable para ambos, pero no aborda las desigualdades materiales e institucionales, que constituyen los mayores obstáculos para la igualdad.

La tercera alternativa, sustentada por el movimiento por la salud de las mujeres a nivel mundial, plantea que una gran parte de la morbimortalidad prevenible está relacionada con patrones de división de género. Si estos daños quieren ser evitados, serán necesarios cambios significativos en aspectos relacionados con la *organización económica y social*.

Mientras que los hombres pueden estar expuestos a riesgos debido a la necesidad de afirmar su identidad, también obtienen mayores beneficios del sistema de género, así que si la equidad es el objetivo, estas

ventajas deben ser olvidadas y será necesario desarrollar políticas para asegurar el acceso de las mujeres en igualdad a los recursos sociales, económicos y de salud. Pero también serían necesarias medidas para liberar a hombres y mujeres de las constricciones de los roles de género y que promovieran vivir saludablemente. Sin embargo, la implementación de este tipo de estrategias no solventaría todos los problemas y daría lugar a otros, que Doyal plantea en las conclusiones.

El primer dilema es si podemos mejorar la salud de las mujeres sin que los hombres pierdan, y si no se puede conseguir ¿qué implicaciones tiene esto para el debate de la equidad?

El segundo punto se refiere a cómo desarrollar las transformaciones necesarias para el cambio de roles. Muchos aspectos de género están profundamente arraigados en la psique individual y se refuerzan en la esfera privada. Así pues, ¿las políticas públicas pueden cambiar los aspectos fundamentales del comportamiento humano?

Finalmente, señala la autora, habría que tener en cuenta el debate sobre la prioridad de la equidad de género ante el conjunto de injusticias. Los resultados en salud, tanto para individuos como para poblaciones, están influenciados por la raza, la clase o la situación geopolítica, que en algunas circunstancias pueden tener mayor fuerza en determinar el estado de salud. Sin embargo, concluye Doyal, está claro que muchas mujeres y también algunos hombres, continuarán experimentando restricciones evitables en su bienestar, hasta que los condicionamientos de género sean asumidos por quienes tengan como objetivo conseguir la equidad en salud.

Doyal, Lesley. Gender equity in health: debates and dilemmas. Social Science & Medicine 51 (2000) 931-939

Comentario

En nuestro país, la perspectiva de género en la investigación en salud y en las políticas públicas comenzó a incorporarse en los años noventa, impulsada en gran medida por mujeres profesionales del ámbito de la salud [7,8] entre ellas la Red de Médicas y Profesionales de la Salud del Centro de Análisis y Programas Sanitarios *(CAPS)*. El Instituto de la Mujer y el Instituto Carlos III vienen realizando desde 1996 Encuentros sobre Género y Salud con representantes de Organismos de Igualdad y Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas. En 2002 la Conferencia de la OMS Europa, denominada Declaración de Madrid [1] sentó las bases para incorporar la transversalidad de género en la formulación, seguimiento y análisis de las políticas, programas y proyectos, como una de las estrategias más efectivas para conseguir la equidad de género en Salud. En 2004 el Ministerio de Sanidad y Consumo creó el Observatorio de Salud de las Mujeres con el objetivo de generar y difundir conocimiento, para incorporar el análisis de género a las políticas y sistemas de salud [9].

La investigación desde esta perspectiva, ha permitido visibilizar que la asunción de los roles impuestos y el impacto de las relaciones de género están dando lugar a inequidad, siendo las mujeres las que están en situación de desventaja.

Una constatación de los planteamientos que Lesley Doyal desarrolla en su artículo, puede verse en los datos sobre la salud de mujeres y hombres en Asturias. La desagregación por sexo de toda la información, ha sido la primera medida

que ha permitido visibilizar diferencias y desigualdades. En 2002 y 2004 se realizaron dos estudios sobre la salud de las mujeres, uno cuantitativo a modo de diagnóstico [10] y otro cualitativo [11], con las opiniones de las propias mujeres y con propuestas de intervención.

Las Encuestas de Salud para Asturias (ESA) 2002 y 2008 [12] han ido incorporando preguntas que permiten realizar un análisis en el que se visibilizan las desigualdades relacionadas, en una gran medida, con los patrones de género: las mujeres se encargan fundamentalmente de las tareas del hogar y de cuidados, valoran peor su salud, se sienten menos felices, sufren más enfermedades crónicas (muchas de ellas que implican dolor) y más depresión y ansiedad y manifiestan peor calidad de vida, acrecentándose ésta a partir de los 50-55 años y agravándose las diferencias con los hombres.

Además tienen una vida más sedentaria, aunque preocupadas por el peso (es más frecuente tanto el bajo peso como la obesidad), realizan dietas con frecuencia. Por el contrario los hombres sufren mayor accidentabilidad (laboral, de tráfico, en el deporte), tienen mayores consumos de tabaco y alcohol (aunque las jóvenes se acercan a los patrones masculinos) y tienen una alimentación menos equilibrada y utilizan menos las medidas preventivas, aunque duermen algo más que las mujeres.

Las ESA 2002 y 2008 han permitido también constatar la medicalización de la vida de las mujeres, plasmando la sobreintervención que se hace en pruebas como la mamografía y la citología (en edades por debajo de las recomendadas y con mayor frecuencia que la estipulada). Además las mujeres consumen más fármacos y se les prescriben psicofármacos en una medida mucho mayor que a los hombres, cuestión que se agrava con la edad.

Se aprecia que un mayor porcentaje de mujeres que de hombres está en lista de espera y además un tiempo más largo, y que los hombres cuentan con más tipos de aseguramiento, además de la sanidad pública, probablemente en relación con su mayor presencia en el mercado laboral.

En el análisis de la mortalidad, se aprecian diferencias en las causas de muerte, y son las externas (accidentes, suicidios, sobredosis) las primeras causas en los hombres jóvenes (15-39 años) [13]. Además hay en 2009 una sobremortalidad del 8% de los hombres asturianos con respecto a la media española, mientras que las asturianas tienen una mortalidad similar a la media. La diferente distribución de causas de muerte entre mujeres y hombres, relacionadas con el tabaco y alcohol, permitiría plantear que parte del diferencial de mortalidad hombre- mujer podría ser explicado por el bajo consumo de alcohol y tabaco en cohortes femeninas de mayor edad [14]. La asunción de la masculinidad tradicional, tiene un claro reflejo en estos datos.

Así pues, el análisis que realiza Lesley Doyal sobre el cumplimiento de los roles de género, se plasma en los distintos problemas de salud y causas de muerte de mujeres y hombres. Además, el menor acceso que tienen las mujeres asturianas al mercado laboral (condicionado por la asunción del cuidado) y los menores salarios y prestaciones de jubilación, también empeoran su salud y calidad de vida. El malestar que plantean con frecuencia en consulta, es un reflejo claro de la sobrecarga que muchas mujeres afrontan en su vida cotidiana, y en algunos casos, de situaciones de maltrato. Así, a pesar de una mayor esperanza de vida, los años vividos sin buena salud son muy superiores en las mujeres [13].

No se puede olvidar la creciente sobreintervención y medicalización de la vida de las mujeres (embarazo, parto, menopausia), y por otro lado el menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con algunos problemas de salud, como ocurre en las cardiopatías, comprobándose una mayor letalidad en las mujeres tras un infarto [10,15].

Por ello, como concluye Doyal, para alcanzar la equidad de género en salud, no solo es necesaria una transformación de los rígidos roles de género, sino que son necesarios cambios en relación a la organización económica y social y también en el ámbito sanitario.

La Guía de Atención a Personas Cuidadoras, el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres, la Estrategia de Atención al Parto Normal, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y el Protocolo de Prevención y Atención a la Violencia de Género, son algunas de las medidas específicas que se han puesto en marcha en Asturias [16].

Sin embargo, los recortes en la sanidad, la educación y los servicios sociales, así como el desempleo, tendrán especial impacto en la vida y salud de las mujeres, con una presión por la vuelta a los roles tradicionales.

Bibliografía

1. *WHO Europe. Mainstreaming gender equity in Health: The need to move forward. Madrid Statement. Madrid, september 2001.*
2. *Doyal, Lesley. What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health. Macmillan Press Ltd. London 1995.*
3. *Doyal, Lesley. Sex, gender, and health: the need for a new approach. British Medical Journal 2001; 323: 1061-3.*
4. *Doyal, Lesley. Understanding sex and gender: the challenges for epidemiologists. Ponencia presentada en la Reunión Científica de la SEE, denominada Género y Salud: la visión epidemiológica. Barcelona, Septiembre de 2002.*
5. *Doyal, Lesley. Fourth World Conference on Women. Expert Group Meeting on Women and Health. Tunisia Sept. 1998.*
6. *Doyal, Lesley. Gender equity in health: debates and dilemmas. Social Science & Medicine 51 (2000) 931-939.*
7. *Valls Llobet, Carme. Mujeres y hombres: salud y diferencias. Ediciones Folio. Barcelona. 1994.*
8. *Rohlfs, I; Borrell, C; Anitua, C; Artazcoz, L; Colomer, C; Escribá, V; García- Calvente, M; Llacer, A; Mazarrasa, L; Pasarín, MI; Peiró, R; Valls- Llobet, C. La importancia de la perspectiva de género en las Encuestas de Salud. Gac. Sanit. 1999; 13:810-7. vol 13 núm 91.*
9. *Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo http:// www.msc.es/ organizacion/ sns/ planCalidadSNS/ e02.htm.*
10. *Mosquera, Carmen (coord).La salud de las mujeres en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2002.*
11. *Uria, Marian (coord). La Salud de las Mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2004.*
12. *Margolles, Mario y Donate, Ignacio (coord.). Encuesta de Salud para Asturias 2002 y 2008. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. http:// www.asturias.es/ portal/ site/ astursalud/ menuitem.b51f8585435b6bcaee65750268414ea0/? vgnextoid=6ab008834c598210VgnVCM10000097030a0aRCRD.*
13. *Redondo, Marisa, et al. Análisis de la mortalidad en Asturias 2008 y 2009. Consejería de salud y Servicios Sanitarios. http:// www.asturias.es/ portal/ site/ astursalud/ menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/? vgnextoid=ec1bb7abc2028210VgnVCM10000097030a0aRCRD.*
14. *Redondo, Marisa y Quirós, Ramón. Mortalidad en Asturias. ¿Mucha? ¿Poca? ¿Cuánta?. Boletín Informacciones nº 4, Observatorio de Salud de Asturias. www.obsaludasturias.com*

15. *Sociedad Española de Cardiología (SEC). Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España.http:// www.msc.es/ organizacion/ sns/ planCalidadSNS/ e02_t01_Enfermedades.htm*
16. *Salud de las mujeres. Desigualdades de Género. Astursalud. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias http:// www.asturias.es/ portal/ site/ astursalud/ menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=1c6d2c4d2c754210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnextchannel=1608f05fb1a16110VgnVCM1000008614e40aRCRD*

Palabras clave: Desigualdad en salud, Equidad de género- salud, Relaciones de género, Roles de género

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Otras

Métodos de evaluación de riesgos para la salud

18/07/2012

Introducción

Informe sobre métodos de evaluación de riesgos para la salud (HRA) realizado por el Centro para la Práctica basada en la Evidencia de la Universidad de McMaster a petición de los Centros para los servicios de Medicare y Medicaid.

Objetivo

Describir las características principales de las HRA, examinar cuales de ellas están asociadas a buenos resultados y discutir su aplicabilidad para la población adscrita a Medicare.

El informe se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Qué HRA han sido revisadas?
- ¿Qué métodos de contacto utilizan (teléfono, web, consulta médica, comunidad, lugar de trabajo u otros)?
- ¿Qué entrenamiento tiene el personal que administra el cuestionario?
- ¿Cuáles son los métodos y frecuencia del seguimiento?
- ¿Cuáles son las características de la población diana?
- ¿Qué características del HRA están asociadas a mejores resultados?
- ¿Cuáles de los resultados encontrados son aplicables a la población de Medicare?

Métodos

Revisión sistemática de la literatura.

Fuentes de información: Medline, Embase, Cochrane Central, PsycINFO y Social Science Abstracts hasta Junio de 2010. Se incluyeron ensayos clínicos controlados y estudios observacionales con grupo control.

Las HRA incluidas evaluaban riesgos para un único grupo de enfermedades (por ejemplo enfermedades cardiovasculares), varios grupos de enfermedades o riesgos para la salud en general. Las HRA evaluadas deben incluir tres componentes: los participantes aportan la información para identificar los factores de riesgo individual de enfermedad, los participantes reciben información sobre sus riesgos de salud, basada en la información aportada por ellos, y la información es utilizada para dar a los participantes al menos un recomendación o intervención para promover la salud, mantener la función, o prevenir la enfermedad. Se excluyeron los estudios que no disponen de los tres componentes.

Resultados

Se encontraron 5973 artículos de los cuales se seleccionaron 119 ensayos clínicos y 37 estudios de cohortes.

El informe responde individualmente a cada una de las preguntas planteadas en los objetivos.

Discusión

Algunos estudios probaron la mejora de algunas HRA en resultados intermedios de salud, como tensión arterial nivel de colesterol, actividad física o ingesta de grasas, aunque solo uno consideró como resultado el impacto en salud.

Dieciséis artículos incluyeron población diana de Medicare, personas mayores de 64 años.

El informe recomienda a los investigadores que tengan en cuenta que las personas que probablemente se beneficien más de estas intervenciones pueden ser las que con más probabilidad abandonen y los efectos de las intervenciones pueden decrecer a lo largo del tiempo. Los resultados a corto plazo pueden no llegar a afectar a la incidencia de la enfermedad y algunos efectos pueden ser debidos la efecto *Hawthorne*. Además, los estudios deben evaluar el plazo de tiempo adecuado para la retroalimentación, así como las guías para un uso adecuado de estas herramientas.

Referencia

Health Risk Appraisal Technology Assessment Report. Project ID:RSKA0410. July 6, 2001. Agency for Heatthcare Research and Quality (AHRQ)

ver informe completo

Palabras clave: Evaluación riesgos para la salud

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Otras

La evaluación de los aspectos sociales- Una contribución sociológica a la evaluación en salud

18/07/2012

Introducción y objetivo

La aproximación sociológica contribuye a la evaluación de tecnologías sanitarias de forma complementaria e indirecta, acompañando a otros abordajes, principalmente médicos, económicos, éticos y de salud pública, ayudando a valorar la factibilidad, la pertinencia y la aceptabilidad de determinadas recomendaciones o de estrategias de salud pública.

En octubre de 2007, la Alta Autoridad de Salud de Francia (HAS) creó un grupo de trabajo encargado de estudiar la forma en que la sociología podría contribuir a los estudios de evaluación, tratando de identificar las dimensiones sociológicas más pertinentes para abordar los aspectos sociales en la evaluación.

Métodos

Entre noviembre de 2007 y noviembre de 2008, el grupo, compuesto por los sociólogos, otros expertos en ciencias sociales (ciencias políticas, antropología, economía) y especialistas en salud pública, se reunió en ocho se ocasiones.

A partir de la revisión de documentos elaborados previamente por la HAS sobre cinco temas con potencial interés sociológico, se identificaron seis dimensiones sociológicas, a las que se asociaron los respectivos aspectos científicos. Para cada dimensión, se formularon varias preguntas sencillas que permitieran al personal de la HAS identificar rápidamente el potencial interés de una aproximación sociológica complementaria sobre un aspecto dado. Esta serie de preguntas constituyen un cuestionario normalizado ("tabla de preguntas sociológicas normalizadas"), que puede ser utilizado cuando se considere necesario.

En enero de 2009 se elaboró un informe que presenta las seis dimensiones sociológicas identificadas y el cuestionario asociado a cada una de ellas, y detalla las recomendaciones finales del grupo.

Resultados

Las seis dimensiones sociológicas identificadas, y las cuestiones abordadas en el cuestionario asociado a cada una de ellas, son las siguientes:

1. La dimensión profesional: considerar los segmentos profesionales afectados, las relaciones entre ellos y con los participantes no profesionales (población, instituciones, grupos de interés, industria), y el reconocimiento o defensa de sus intereses.
2. La dimensión pacientes: considerar si existen asociaciones de pacientes y su punto de vista sobre la enfermedad; si se dispone de información independiente desde otras fuentes (profesionales, instituciones, otros grupos de interés); si las aspiraciones de las personas y su entorno se pueden valorar adecuadamente (medidas de utilidad, cuestionarios de calidad de vida), así como los elementos de variabilidad (gravedad de la enfermedad, desigualdades sociales, culturales?), y la posibilidad de recoger más información (encuestas, grupos de trabajo...).
3. La dimensión organizacional: estudiar si existe un buen conocimiento de la situación actual de la organización encargada del problema, las personas implicadas, sus objetivos oficiales, los recursos de los que disponen y las dificultades; valorar las interdependencias entre los actores y las instituciones implicadas, sus relaciones de poder, cooperación o conflicto, así como la variabilidad de las prácticas.

4. La dimensión institucional: valorar si se trata de un problema de interés público, si existe una definición establecida, si como tal tiene "propietarios" y "agenda"; identificar las instituciones y los actores realmente presentes, sus atribuciones y competencias profesionales, las relaciones entre ellos (cooperación, conflicto, concurrencia, ignorancia) y los aspectos modificables o negociables de las mismas (incluida la propia HAS).
5. La dimensión desigualdades sociales de salud: describir globalmente las características de las personas afectadas por una estrategia de salud, e identificar las poblaciones especialmente vulnerables; valorar el posible impacto de la misma sobre las desigualdades sociales en salud, diferenciando qué parte de las mismas es imputable a aspectos generales (ingresos, educación, información) o al propio sistema de salud (acceso, costes).
6. La dimensión innovación: identificar los procesos más innovadores (innovación predominantemente técnica, organizacional o social), los elementos materiales y humanos implicados en la innovación, y las posibles dificultades.

Conclusiones

El grupo de trabajo ha formulado además diez propuestas:

1. Poner en práctica la evaluación de los aspectos sociológicos en la HAS
2. Ampliar la vigilancia bibliográfica de la HAS a los aspectos sociales
3. Utilizar cuando sea necesario la tabla de de preguntas sociológicas normalizadas
4. Formalizar un procedimiento de seguimiento de las encuestas sociológicas externas
5. Formalizar un dispositivo de recogida de las aportaciones de los actores implicados (paneles de expertos, grupos focales)
6. Organizar una relación con los medios académicos implicados
7. Profundizar en la reflexión sobre cuestiones clave (desigualdades, decisiones públicas)
8. Presentar la evaluación de los aspectos sociales más allá de las recomendaciones de Salud Pública (recomendaciones profesionales, dispositivos médicos, fármacos?)
9. Asegurar un presencia internacional (EUnetHA, relaciones con otras agencias)
10. Poner en marcha el retorno de experiencias

Finalmente, para permitir a la HAS disponer de competencias sociológicas externas de manera organizada y regular en función de sus necesidades, el grupo de trabajo preconiza la constitución de un grupo de permanente de expertos, que pudiera ser requerido por la HAS para asesorar a la comisión de evaluación económica y de salud pública en aspectos metodológicos, realizar el seguimiento científico de encuestas sociológicas y servir de enlace con la comunidad de sociólogos.

Para favorecer una deliberación plural sobre las cuestiones a estudio, este grupo estaría constituido por varios expertos (entre seis y ocho) en ciencias sociales de la salud (principalmente en sociología, o también en ciencias políticas y antropología), que hubieran participado en el grupo de trabajo, o bien con experiencia en peritaje sociológico en instituciones públicas; el grupo podría tener una duración determinada (tres años), se reuniría con una periodicidad regular en función de las necesidades internas (una vez cada dos meses, por ejemplo).

Referencia

HAS (Haute Autorité en Santé). Service d? Évaluation Économique et Santé Publique. Documento metodológico:La evaluación de los aspectos sociales - Una contribución sociológica a la evaluación en salud. Diciembre 2009.

ver informe completo

Palabras clave: Aspectos sociales, Dimensiones sociológicas, Encuestas sociológicas, Salud pública

Selección de informes » Otras tecnologías preventivas

Identificación de factores de riesgo mediante una revisión sistemática y desarrollo de modelos ajustados por riesgo en la infección quirúrgica

18/07/2012

Introducción

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son complicaciones de la cirugía que causan una importante morbilidad postoperatoria. Los porcentajes de ILQ varían ampliamente entre hospitales y dependen tanto del procedimiento quirúrgico como de otros aspectos de la calidad de la atención sanitaria. Es por ello que el porcentaje de ILQ (%ILQ) ha sido propuesto como un potencial indicador de la calidad de la asistencia en el contexto de la gestión clínica. El uso de las ILQ como indicador de rendimiento requiere que las tasas específicas de cada hospital sean ajustadas por riesgo.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue investigar los métodos de ajuste por riesgo de las tasas de ILQ. Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Identificación de los factores de riesgo de las ILQ, de los criterios para estratificar los procedimientos quirúrgicos y de la evidencia existente acerca de la importancia del seguimiento post alta.
2. Comprobación en las bases de datos de vigilancia de la ILQ existentes de si las variables establecidas en la literatura son o no factores de riesgo, identificación en un análisis univariable de otros potenciales factores de riesgo e investigación de las interacciones entre dichos factores.
3. Desarrollo de modelos ajustados por riesgo para realizar comparaciones entre hospitales.
4. Investigación y validación de diferentes definiciones de ILQ.

Diseño del estudio

Cuatro elementos clave en la investigación:

1. Revisión de la literatura con el fin de identificar factores de riesgo de ILQ. Las revisiones sistemáticas fueron realizadas en dos bases de datos biomédicas: MEDLINE y EMBASE (1996-2004 y 1980-2004, respectivamente).
2. Valoración de la concordancia entre cuatro definiciones establecidas para la ILQ (definición de los CDC de 1992 y modificaciones de la misma). Se contactó con los pacientes por correo o teléfono 1-2 meses después de la intervención para completar un cuestionario de seguimiento post alta con el fin de detectar ILQ desarrollada tras el alta hospitalaria. Se cuantificó la concordancia entre las definiciones.
3. Validación de las definiciones de ILQ cuantificando con un modelo de regresión logística su capacidad para predecir resultados clínicos.
4. Desarrollo de modelos de riesgo de ILQ específicos por cirugía.

Resultados

1. La revisión de factores de riesgos específicos de cirugía, diferentes de los establecidos en los índices de riesgo, permitió identificar otros factores asociados con un incremento en el riesgo de ILQ. Algunos de estos factores de riesgo son inequívocamente específicos de cirugía, pero otros pueden aplicarse a un amplio rango de procedimientos. El factor identificado con una mayor frecuencia fue la duración de la estancia preoperatoria en el hospital. Se observó también que una proporción significativa de ILQ

ocurren después del alta siendo, por tanto, importante incluir el seguimiento post alta en intervenciones donde la duración de la estancia hospitalaria es corta o puede variar con el tiempo o entre instituciones.

2. Hubo una pobre concordancia entre definiciones de ILQ. Sin embargo, las dos definiciones más establecidas de ILQ tuvieron, en términos generales, una capacidad similar para predecir los resultados clínicos elegidos. Quizá haya elementos en cada definición (no comunes a ambas) con capacidad de identificar resultados o quizá los resultados dependen de un subconjunto de características comunes a ambas. Estas posibilidades sugieren que es posible mejorar la definición de ILQ por combinación de elementos de diferentes definiciones o por eliminación de redundancias.
3. El modelo univariable de riesgo de ILQ demostró que los componentes de los índices de riesgo deben ser analizados por separado. En el modelo multivariable, los factores de riesgo incluidos variaron por procedimiento quirúrgico. De los componentes de los índices de riesgo existentes, la duración de la intervención parece ser un importante factor de riesgo para todas las intervenciones, excepto para el recambio de cadera. La clase de herida de la Asociación Americana de Anestesiología fue un factor de riesgo consistente para la mayoría de categorías quirúrgicas. La duración de la estancia preoperatoria, un factor de riesgo genérico adicional identificado por los revisores, se asoció con un incremento en el riesgo de ILQ para las cuatro categorías quirúrgicas con el mayor número de datos (prótesis de cadera y rodilla, bypass coronario y cirugía intestinal).

Conclusiones

La investigación de la literatura no permite definir un grupo de factores de riesgo genéricos o específicos de cirugía. Sería necesario, para desarrollar una investigación de alta calidad, una definición de ILQ revisada que tenga propiedades psicométricas satisfactorias y que pueda ser aplicada en contextos clínicos cotidianos y en el seguimiento de la ILQ después del alta hospitalaria.

Las definiciones de ILQ variaron entre programas de vigilancia y potencialmente entre hospitales. Las definiciones no tuvieron buena concordancia aunque las definiciones establecidas más ampliamente tuvieron una capacidad similar para predecir resultados influenciadas por las ILQ.

Las asociaciones entre los componentes del índice de riesgo NNIS y el odds de ILQ variaron cuantitativa y cualitativamente para diferentes procedimientos quirúrgicos. No hubo evidencia de modificación del efecto por hospital.

Los programas de vigilancia son importantes para informar a los gestores clínicos y para el manejo y control de la infección. Las estimaciones del %ILQ deberían difundirse en las instituciones para informar del control de la infección. Las comparaciones del %ILQ entre instituciones o países deben realizarse con cautela, sin presuponer que reflejan la calidad de la atención sanitaria.

Las investigaciones futuras deben centrarse en desarrollar una definición de ILQ que tenga propiedades psicométricas satisfactorias, que pueda ser aplicada en la clínica cotidiana, incluido el seguimiento post alta, y que permita detectar ILQ de importancia para los pacientes o servicios de salud.

Financiación

Health Technology Assessment programme of the National Institute for Health Research.

Referencia

Gibbons C, Bruce J, Carpenter J, Wilson AP, Wilson J, Pearson A, et al. Identification of risk factors by systematic review and development of risk- adjusted models for surgical site infection. Health Technol Assess 2011;15(30). Health Technology Assessment is indexed and abstracted in Index Medicus/ MEDLINE,

Excerpta Medica/ EMBASE, Science Citation Index Expanded (SciSearch) and Current Contents/ Clinical Medicine.
ver informe completo

Palabras clave: Ajuste de riesgo, Factores de riesgo, Infección herida quirúrgica, Revisión factores de riesgo , Revisión sistemática

Actualizaciones de guías de práctica clínica

Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas (Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat)

18/07/2012

Introducción

La Guía de Práctica Clínica de Enfermería "Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas" elaborada por la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana y publicada en *GuíaSalud,* ofrece una propuesta de actuación para profesionales de enfermería incidiendo en la reducción de la variabilidad de la práctica enfermera, en los distintos ámbitos de actuación, con el fin de lograr un abordaje más eficiente de estos problemas de salud.

Esta guía de actuación clínica incluye la prevención y tratamiento de las siguientes lesiones: úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras en pie diabético y lesiones de la piel perilesional**,** debido a su frecuencia y repercusiones entre las que se debe destacar la influencia en el nivel de salud y, por tanto, en la calidad de vida de quien las padece y de las personas cuidadoras, el elevado consumo de recursos del sistema sanitario, así como las posibles responsabilidades legales.

En una parte de las personas con estos problemas de salud confluyen además factores de carácter social con sus problemas de salud, lo que requerirá una actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales al objeto de ofrecer una prestación integral y garantizar un mayor nivel de calidad de vida, abordando su problemática desde ambas perspectivas en acciones coordinadas.

Las acciones recomendadas en esta guía son de aplicación en los ámbitos sanitarios de atención ambulatoria y de hospitalización, y también en las residencias asistidas.

Esta información puede ser un apoyo efectivo al conjunto de profesionales de enfermería en aras a la mejora de la práctica enfermera, a la vez que contribuye a incrementar la satisfacción tanto de los profesionales, como de la población atendida.

Esta publicación homogeniza la manera de hacer en la prevención y tratamiento de este tipo de heridas, disminuye el grado de incertidumbre en las actuaciones y ayuda en la toma de decisiones.

Metodología de elaboración

Para elaborar esta guía se creó un grupo de trabajo específico formado por profesionales de enfermería pertenecientes a diferentes instituciones sanitarias y ámbitos de actuación, con experiencia en la clínica, la docencia y la investigación en el campo de las UPP y las heridas crónicas.

La metodología utilizada para su elaboración está basada en la evidencia científica publicada y en el uso del consenso en los aspectos en que ésta resulta insuficiente o inconclusa.

Las recomendaciones que se realizan en este documento están basadas en la evidencia científica según la tabla de recomendaciones de la Agency for Healthcare Research and Quality del US Departament of Health & Human Services. En cada apartado incluye una tabla con las recomendaciones y el grado de recomendación de las mismas, si existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación aparece en la celda anexa a la recomendación una **A**, si existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación una **B** y si la recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de expertos una **C**.

Encontramos en esta guía un elemento fundamental a tener en cuenta en los documentos dirigidos al personal de enfermería y es la utilización de los diagnósticos de enfermería. Actualmente existe un elemento conceptual que une y enmarca el lenguaje enfermero y sus cuidados. Con la estructuración de los diagnósticos NANDA y las clasificaciones de resultado (NOC) e intervenciones (NIC), esta guía ofrece una herramienta válida y útil para dicha conceptualización y transmisión de la información entre los diferentes niveles de salud así como, en la elaboración de un plan de cuidados estandarizado.

Los ejemplos detallados se circunscriben a las necesidades de cuidado de la piel e higiene y se complementan con necesidades basadas en el entorno del paciente.

La elaboración de este manual se ha realizado de manera independiente. Las personas del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflicto de intereses en dicha elaboración.

Estructura

Esta guía está organizada en 5 capítulos, 9 anexos y un índice de las tablas que podemos encontrar a lo largo del documento con el capítulo y la página para mejor localización. El tener los contenidos organizados en 43 tablas, anexos, algoritmos e imágenes de apoyo, facilita la búsqueda de información, la toma de decisiones en la práctica diaria y la docencia sobre estos temas.

Capítulos

- Capítulo I: Úlceras por presión
- Capítulo II: Úlceras venosas
- Capítulo III: Úlceras isquémicas
- Capítulo IV: Úlcera en pie diabético
- Capítulo V: Cuidados de la piel periostomal

Anexos

- Anexo 1: Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión (Norton modificada, Emina y Braden)
- Anexo 2: Mini Nutricional assessment (MNA) (una valoración nutricional sencilla para identificar situaciones de nutrición deficitaria).
- Anexo 3: Elementos a tener en cuenta para elección de SEMP (superficies especiales de manejo de la presión).
- Anexo 4: Diferenciación de las úlceras crónicas y lesiones tumorales (dolor, pulsos, olor, color de la lesión, bordes, piel perilesional, localización, características, predisposición, edemas, uñas, uñas, temperatura, índice Tobillo Brazo, y la situación emocional).
- Anexo 5: Clasificación de las úlceras por presión según su profundidad.
- Anexo 6: Normas básicas para la obtención de una muestra de exudado de una úlcera por presión y otras heridas crónicas (aspiración percutánea, frotis de la lesión, biopsia tisular). En este anexo se describen las técnicas y muestras imágenes que facilitan su aprendizaje.
- Anexo 7: Clasificación del pie diabético. Escala de Wagner. Junta a cada imagen de la lesión aparecen las características y el grado de las mismas.
- Anexo 8: Escala de valoración de la piel perilesional (FEDPALLA) La escala contempla 5 variables y dentro de cada variable existen 5 parámetros con una puntuación del 5 al 1, la suma de cada parámetro nos da una puntuación que nos refiere el Grado de pronóstico para la epitelización.

- Anexo 9: Información sobre productos utilizados en la cura en ambiente húmedo **(**alginato, colagenasa, colágeno, ácidos grasos hiperoxigenados, hidrocoloides, hidrogeles salinos, plata, film de poliuretanos, poliuretanos FOAM, silicona, ácido hialurónico)**.** La información que encontramos en este anexo es sobre composición, propiedades, indicaciones, presentación de los productos extraído del "Manual de actuaciones para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión" del Hospital Clínico de Valencia.

Algoritmos

- **Algoritmo de decisión n.º 1 :** Prevención de úlceras por presión (ingreso hospitalario, atención domiciliaria o ingreso en residencia asistida).
- **Algoritmo de decisión n.º 2:** Prevención de úlceras por incontinencia (Adaptado y modificado de "Algoritmo de prevención de las úlceras por incontinencia". Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Incontinencia y úlceras por presión. Documentos GNEAUPP X).
- **Algoritmo de decisión n.º 3**: Desbridamiento de tejido desvitalizado.
- **Algoritmo de decisión nº 4**: Abordaje de la carga bacteriana (adaptado, modificado y actualizado de: Algoritmo de manejo de la colonización e infección bacteriana. Guía clínica práctica de la AHCPR).

Otra interesante aportación de esta guía es la organización al final de cada capítulo de la bibliografía utilizada, de otras guías consultadas y webs de interés sobre úlceras por presión.

Contenidos

Capítulo I : Úlceras por presión

Las heridas crónicas (HC) y, en particular, las úlceras por presión (UPP) han sido patologías que han carecido de interés para los profesionales y han estado asumidas como situaciones normales e irremediables por la sociedad, calificativos estos que favorecieron un estado de aletargamiento en el desarrollo de estudios e investigaciones en este campo. En la actualidad, el interés por estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas, ya que se estima que hasta el 95% de las UPP son evitables**.**

Una úlcera por presión es cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas sobre un plano o prominencia ósea, que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente, y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Objetivos generales de este capítulo

- disminuir la morbilidad de las UPP
- aumentar la calidad de los cuidados prestados a pacientes con UPP, a quienes tengan riesgo de desarrollarlas y a las personas cuidadoras.

Objetivos específicos de este capítulo

- Identificar a la población en riesgo de desarrollar una úlcera por presión.
- Definir los procedimientos e intervenciones en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Sistematizar la información, facilitando el registro de actividades y evaluación de las mismas.
- Disminuir la variabilidad de la práctica profesional diaria.

- Facilitar el trabajo, especialmente a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de la población y los profesionales.
- Mejorar la comunicación y la continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos de actuación.
- Promover la investigación y formación de todos los profesionales relacionados con la atención a los pacientes de riesgo y con úlceras por presión.
- Incorporar la evidencia científica en la práctica enfermera.

En este capítulo podemos encontrar información actualizada sobre etiología y factores de riesgo, una guía para la prevención donde encontramos las recomendación a la hora de valorar el riesgo, los cuidados de la piel, los nutricionales, el control del exceso de la humedad, el manejo de la presión, la actividad física, los cambios posturales, la protección local ante la presión, las superficies especiales de manejo de la presión y su gestión, recomendación para la educación y consejos para pacientes y la persona cuidadora principal.

Al final de esta guía para la prevención encontramos dos algoritmos que facilitan la toma de decisiones sobre prevención de úlceras por presión y otro sobre prevención de úlceras por incontinencia.

En otra parte de este capítulo encontramos una guía para el tratamiento con recomendaciones, entre otras, para la valoración del paciente, del entorno sociofamiliar, de la lesión y el manejo del dolor .

Los componentes básicos del cuidado de la lesión y recomendaciones en el tratamiento tópico de las úlceras por presión son otras recomendaciones actualizadas en este documentación. Un algoritmo con imágenes nos ayuda a identificar la clase de tejido desvitalizado que podemos encontrar en una úlcera y el tipo de desbridamiento a realizar en cada clase de tejido encontrado.

Destacar la información sobre los registros básicos estandarizados y los diagnósticos de enfermería en este problema de salud. Los diagnósticos enfermeros están organizados en una tabla donde se identifica fácilmente las intervenciones y los resultados asociados a cada etiqueta diagnóstica. En el caso de las úlceras por presión los diagnósticos de enfermería recomendados en esta guía son:

- 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00046: Deterioro de la integridad cutánea
- 00044: Deterioro de la integridad tisular
- 00085: Deterioro de la movilidad física
- 00002: Desequilibrio nutricional por defecto
- 00004: Riesgo de infección
- 00062: Riesgo de cansancio en el rol de cuidadora
- 00132: Dolor agudo
- 00133: Dolor crónico

Ese capítulo termina con un resumen en distintas tablas sobre las recomendaciones realizadas a lo largo del mismo y su grado de recomendación.

Este resumen incluye

- valoración del riesgo
- cuidados locales de la piel
- cuidados nutricionales
- control de exceso de humedad

- manejo de la presión
- acciones de protección local ante la presión
- superficies especiales para el manejo de la presión
- limpieza de la lesión
- desbridamiento
- prevención y abordaje de la infección
- control del exudado,

Capítulo II : Úlceras venosas

Este capítulo define las úlceras venosas como la pérdida de la integridad cutánea debido a una incompetencia del sistema venoso. La lesión se localiza sobre piel dañada previamente por una dermatitis secundaria. Es la complicación más importante en la evolución de la insuficiencia venosa crónica, más frecuente en las mujeres y cuya incidencia aumenta a partir de los 65 años.

Se trata de úlceras de forma irregular, de tamaño variable, superficiales con bordes mal delimitados, con lecho de la úlcera granulomatoso. Suelen ser exudativas y con pulsos arteriales presentes. La piel periulceral puede estar edematosa, con hiperpigmentación y evidencia episodios anteriores con esclerosis de la piel e induración. Su evolución es tórpida e insidiosa, de difícil cicatrización que tienden a recidivar. Asientan con mayor frecuencia alrededor del maléolo interno y en la zona pretibial o laterotibial.

Esta parte de la guía describe la etiología, los factores de riesgo, la clasificación recomendada por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, signos, síntomas y la metodología diagnóstica vascular de este problema de salud.

La metodología diagnóstica vascular se orientará a la identificación del correcto funcionamiento del sistema arterial y la historia o anamnesis profunda.

En una tabla podemos encontrar el grado de recomendación de distintas medidas de prevención ya que un 70% de las úlceras son recurrentes, por lo que los cuidados preventivos son de suma importancia a la hora de evitar las recidivas.

Dentro de la parte dedicada al tratamiento de las úlceras venosa podemos actualizar las recomendaciones sobre las acciones a realizar, los criterios de derivación hospitalaria y los distintos sistemas de compresión incluidas las precauciones con la terapia compresiva.

Capítulo III: Úlceras isquémicas

Define la úlcera isquémica como una lesión en la que se presenta una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis desde tejidos más profundos, cuyo origen es la isquemia arterial. La existencia de esta lesión es indicador de una obstrucción arterial en estado avanzado. La prevalencia de esta lesión se sitúa entre un 8-11% en mayores de 65 años, en personas menores de 60 años se aproxima al 2%.

Como en los capítulos anteriores describe las características, etiología, clasificación y signos y síntomas de este tipo de úlceras y termina con medidas de prevención y tratamiento con los grados de recomendación de los mismos.

Utiliza los estadios de Fontaine y las categorías de Rutherford para graduar el grado de afectación.

Como en el capítulo anterior encontramos descritos los criterios de derivación hospitalaria y la recomendación de utilizar el Índice Tobillo- Brazo (ITB) o índice de Yao, como método diagnóstico no invasivo de elección para determinar el estado de la circulación arterial de los miembros inferiores, en una primera evaluación.

Capítulo IV : úlcera en pie diabético

Es la alteración clínica, de etiopatología neuropática, inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin existencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce una lesión y/ o ulceración del pie.

La prevalencia de úlceras de pie diabético en países desarrollados varía desde

el 4% hasta el 10%. Se ha establecido una incidencia que oscila entre el 2? 2 al 5? 9% y se estima que alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente han padecido una úlcera.

En este apartado encontramos una tabla con los factores desencadenantes de las úlceras del pie diabético y otra con la clasificación de las lesiones según la etiopatología.

En función de la severidad de las lesiones recomienda la Clasificación de WAGNER ya que tiene un buen nivel predictivo sobre su evolución.

Describe los pasos imprescindibles a realizar en la valoración y exploración del pie diabético.

Termina el capítulo con las medidas para la prevención y el tratamiento de la úlcera diabética. En una tabla resume los cuidados de la úlcera aplicando la escala de Wagner.

Capítulo V: Cuidados de la piel periostomal

Un estoma de evacuación es una derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo, mientras que un estoma de alimentación es la apertura del estómago o yeyuno (gastrostomía, yeyunostomía) con la pared abdominal en la que se coloca una sonda de alimentación que nos permite administrar la nutrición enteral.

Este capítulo plantea como objetivo a conseguir al alta hospitalaria de este tipo de paciente la adquisición de los conocimientos adecuados para el manejo de su estoma, con el fin de proporcionarle plena autonomía, así como que puedan identificar posibles complicaciones que puedan presentarse.

Este capítulo nos recuerda que muchas personas no piden consejo hasta que su piel no está dañada o aparece el dolor, por lo tanto hay que poner en antecedentes y educar para que ante cualquier cambio en la morfología de la piel periostomal, la persona acuda al profesional de salud.

Este capítulo define los tipos de ostomías, los factores que van a determinar la aparición de lesiones, describe las lesiones cutáneas que podemos encontrar en la piel circundante de un estoma y el tratamiento adecuado a cada tipo de lesión, insistiendo en que el mejor tratamiento es la prevención.

La elaboración de una guía de práctica clínica tiene como finalidad servir de herramienta para la toma de decisiones. Contribuye a disminuir la variabilidad y a mejorar la calidad de los cuidados al basarse estos en el mejor conocimiento disponible del momento.

Las guías de práctica clínica son un apoyo para el profesional, facilitan la elección y secuencia de las intervenciones, y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención. Las guías no sustituyen el juicio clínico.

Un atributo fundamental es que no deben interferir con el razonamiento del profesional, sino que su utilización cotidiana se debe acompañar de reflexión y crítica de sus recomendaciones.

ver informe completo

Palabras clave: Cuidados piel periostomal, Diagnósticos de enfermería, Prevención y tratamiento úlcera, Ulceras isquémicas, Ulceras pie diabético, Ulceras por presión, Ulceras venosas

Actualizaciones de guías de práctica clínica

Guía de prevención y cuidado de las úlceras por presión para personas cuidadoras (Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud)

18/07/2012

Queremos presentar una guía publicada en *GuíaSalud,* de prevención y cuidado de las úlceras por presión dirigida a las personas cuidadoras.

Entidad(es) elaboradora(s): Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

En este cuadernillo de 8 páginas, con información dirigida a personas cuidadoras y pacientes, podemos encontrar la respuesta a las siguientes preguntas:

¿Dónde se producen las úlceras por presión?

Los lugares más frecuentes aparecen señalados en imágenes que facilitan la identificación por parte de la persona cuidadora.

¿Cómo evitarlas?

En este apartado informa desde los cambios posturales, las movilizaciones, la alimentación, la inspección de la piel, los factores ambientales incluido afecto, sonrisa y contacto físico.

En la última parte comenta qué hacer cuando la persona tiene una úlcera por presión. La personas cuidadora tiene un apartado para apuntar el teléfono de contacto del personal de salud, al ser un documento del Servicio Andaluz de Salud aparece información de dicho servicio.

ver informe completo

Palabras clave: Pacientes y personas cuidadoras, Prevención y cuidado, Ulceras por presión

Breves » Tecnologías preventivas. Inmunizaciones y vacunas

Efectividad y seguridad de la inmunoterapia activa frente a la telomerasa en el cáncer de órgano sólido (AETSA)

2011

Leer más

Palabras clave: Cáncer, Inmunoterapia, Telomerasa, Vacuna de células dendríticas autólogas, Vacuna peptídica

Breves » Tecnologías terapéuticas. Quirúrgicas. Cirugía minimamente invasiva

Efectividad y seguridad del tratamiento percutáneo de las fracturas del anillo pélvico (AETSA)

2011

Leer más

Palabras clave: Cirugía percutánea, Fractura anillo pélvico, Tornillo iliacosacro

Breves » Gestión del conocimiento y calidad. Otras

Herramienta de ayuda a la toma de decisiones de pacientes susceptibles de diálisis (AETSA)

2011

Leer más

Palabras clave: Diálisis peritoneal, Enfermedad renal crónica, Hemodiálisis, Trasplante renal

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

Efectividad de los implantes cocleares en adultos con perdida auditiva neurosensorial (AHRQ)

Abril 2011. Publicación en inglés

Leer más

Palabras clave: Implante coclear, Perdida auditiva neurosensorial

Breves » Tecnologías diagnosticoterapeúticas. Genómica

Actualización y exploración del horizonte de las pruebas genéticas disponibles para uso clínico en cáncer (AHRQ)

Abril 2011. Publicación en inglés

Leer más

Palabras clave: Cáncer, Pruebas genéticas

Breves » Otras tecnologías diagnostico- terapéuticas

Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento (CAHTA)

2011. Publicación en catalán

Leer más

Palabras clave: Fibromialgia, Síndrome de fatiga crónica

Breves » Gestión del conocimiento y calidad. Otras

Validación del modelo predictivo de fractura osteoporótica FRAX (CAHTA)

2011

Leer más

Palabras clave: Fracturas óseas, Osteoporosis

Breves » Tecnologias diagnóstica.Monitorización

Sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real (CAHTA)

2011

Leer más

Palabras clave: Diabetes mellitus, Glucemia- monitorización, Glucosa

Breves

El coste de intervención de varios servicios de Salud Pública en Alberta (IHE)

Septiembre 2011. Publicación en inglés

Leer más

Palabras clave: Coste de intervención, Prevención enfermedades, Promover salud, Salud pública

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Medicamentos

Informe del uso de antidepresivos entre los adultos (INESS)

Enero 2011. Publicación en francés

Leer más

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, Antidepresivos, Depresión mayor, Pacientes adultos

Breves » Tecnologías organizativas. Organización de unidades y servicios

Burnout en médicos generales: prevención y gestión (KCE)

2011. Publicación en francés

Leer más

Palabras clave: Bélgica, Burnout, Médicos generales, Prevención primaria, Prevención secundaria

Breves » Gestión del conocimiento y calidad. Otras

Guías y principios para el asesoramiento científico en salud (AETS)

Diciembre 2011. Publicación en inglés

Leer más

Palabras clave: Asesoramiento científico en salud

e- notas de evaluación