

GS a primera vista

GACETA SANITARIA a primera vista

EDITORIAL

Emmanuelle Bélanger, Pierre Deschamps

Medical assistance in dying in Québec and Canada: legislative context and implementation issues

Los autores, del Centro de Investigación en Gerontología e Higiene de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Brown, y del Grupo de Investigación McGill en Salud y Derecho, presentan en este editorial las medidas legislativas que ha introducido Canadá con respecto a la asistencia médica en la muerte. La última, de junio de 2016, modificó el código penal para legalizar la asistencia médica al final de la vida en forma de eutanasia activa voluntaria, es decir, la administración por parte de un médico o una enfermera de una sustancia a una persona que, a petición suya, causa su muerte, así como el suicidio asistido por un médico, es decir, la provisión por parte de un médico de una sustancia a una persona para que, a petición suya, pueda autoadministrársela y producirse su propia muerte. Los datos preliminares muestran que un número creciente de canadienses eligen la asistencia médica en la muerte como una opción de cuidado al final de la vida. Esta, sin embargo, no debe hacerse a expensas de los más vulnerables y hay que evaluar el impacto en los recursos dedicados a los cuidados paliativos.

EDITORIAL

Bengt Lindstrom

Seizing the opportunity – a salutogenic approach to public health

El autor de este editorial, del departamento de salud pública de la Norwegian University of Science and Technology, reflexiona sobre la historia de la salud pública y sobre cómo una síntesis podría redirigir la salud pública hacia una acción coherente en el futuro, basándose en una reflexión salutogénica. Lo hace aprovechando que en 2016 se elaboraron varias cartas sobre salud regionales y mundiales. Para Lindstrom, la salud pública puede ganar mucho implementando activamente la salutogénesis en su marco, trabajando desde una plataforma basada en la evidencia y la teoría, y redirigiendo sus actividades desde un enfoque de riesgo más o menos total a un marco de activos.

ORIGINAL

María Isolina Santiago-Pérez, Mónica Pérez-Ríos, Alberto Malvar, Jorge Suanzes y Xurxo Hervada

Evaluación, corrección e impacto de la no respuesta en estudios de obesidad infantil

Realizado en 2013 con 8145 escolares de Galicia, el objetivo de este estudio fue evaluar y corregir, usando escalas de siluetas corporales, el impacto de la no respuesta en las prevalencias de bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 6 a 15 años. La tasa de participación fue del 92,3% para los/las de 6-11 años, y del 90% para los/las de 12-15 años. En ambos grupos, las prevalencias de bajo peso y sobrepeso fueron similares entre

participantes y no participantes, pero la obesidad fue mayor entre los no participantes, sobre todo a los 12-15 años (6,3% vs. 12,2%). Las prevalencias no variaron al ser corregidas con las valoraciones. La tasa de participación de los/las escolares obesos/as fue inferior a la global (82% vs. 90% a los 12-15 años). Se confirma, por tanto, la presencia de un sesgo de participación, mayor a los 12-15 años, aunque su impacto en las prevalencias fue despreciable debido a la alta tasa de participación. En los estudios de obesidad con medidas objetivas es fundamental cuantificar la no respuesta, así como valorar el impacto que tiene y corregirlo.

ORIGINAL

Belén Ortiz-Gonçalves, Elena Albarrán Juan, Elena Labajo González, Andrés Santiago-Sáez y Bernardo Perea-Pérez

Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos

Esta investigación explora los conocimientos y las actitudes, en la etapa final de la vida, sobre los cuidados paliativos, el documento de instrucciones previas, los cuidados psicofísicos, el suicidio médicamente asistido y el acompañamiento espiritual de 425 personas usuarias de un centro de salud de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. Al 91% les gustaría decidir sobre sus cuidados al final de la vida. El 58% de los/las encuestados/as conoce los cuidados paliativos y el 53% solicitaría acompañamiento espiritual. Conocen las instrucciones previas el 50%, pero no tienen efectuado el documento. El 54% están a favor de legalizar la eutanasia y el 42% el suicidio asistido. Para contrastar la opinión de la población y dar a conocer los recursos sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid deberían realizarse encuestas en diferentes áreas sanitarias de atención primaria, consideran los autores de este estudio.

ORIGINAL

Juan Miguel Aguilar-Sánchez, María José Cabañero-Martínez, Francisca Puerta Fernández, Mireia Ladios-Martín, José Fernández-de-Maya y Julio Cabrero-García

Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas

Mediante encuesta transversal a 329 profesionales a través de Internet y mediante un procedimiento estandarizado, este estudio quiere evaluar el grado de conocimiento y las actitudes sobre el documento de voluntades anticipadas del personal médico y de enfermería de dos departamentos sanitarios, así como examinar su asociación con variables sociodemográficas y laborales de los profesionales. Los/las profesionales de la salud tuvieron actitudes muy positivas hacia el documento (media: 75,37; DT: 11,97; R=0-90), a pesar de que su nivel de conocimientos fue medio-bajo (media: 9,31; DT: 2,73; R=0-18). Tanto el nivel de conocimientos como su autopercepción se asociaron a la formación previa en cuidados paliativos, a la experiencia en el manejo del documento,

su lectura o la demanda de información. La suscripción del documento se relacionó con la autopercepción de los conocimientos. Las actitudes se asociaron con la experiencia en el manejo y la actitud positiva hacia la formación.

ORIGINAL

Belén Ortiz-Gonçalves, Bernardo Perea-Pérez, Elena Labajo González, Elena Albarrán Juan y Andrés Santiago-Sáez

Tipologías de los madrileños ante la etapa final de la vida mediante un análisis de clusters

En una muestra de 425 usuarios/as de un centro de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, esta investigación busca establecer tipologías de la población general madrileña ante el final de la vida mediante un análisis de *clusters*. Se identificaron cinco *clusters*: 1) grupo que no respondió a numerosas preguntas del cuestionario (5%); 2) partidarios de recibir cuidados paliativos y de la eutanasia (40%); 3) se oponen al suicidio asistido y no solicitarían ayuda espiritual (15%); 4) partidarios de recibir cuidados paliativos y del suicidio asistido (16%); y 5) contrarios al suicidio asistido y solicitarían ayuda espiritual (24%). Así pues, los *clusters* 2 y 4 eran partidarios de recibir cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido. Los *clusters* 4 y 5 practicaban mucho sus creencias y sus familiares no habían recibido cuidados paliativos. Por el contrario, los *clusters* 3 y 5 se oponían a la eutanasia y mayormente al suicidio asistido. Apenas practicaban sus creencias los *clusters* 2 y 3. Los *clusters* 2, 4 y 5 no efectuaron el documento de instrucciones previas. Este estudio podría tenerse en cuenta para elegir los cuidados que mejoren la calidad del final de la vida.

ORIGINAL

María José Merino-Plaza, Francisco Javier Carrera-Hueso, María Rosa Roca-Castelló, María Dolores Morro-Martín, Amparo Martínez-Asensi y Narjis Fikri-Benbrahim

Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, evidenciar las relaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos e identificar las dimensiones con mayor impacto sobre las dos variables. Para ello, emplea la Encuesta de Satisfacción Laboral del Servicio Vasco de Salud y la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety*. La satisfacción laboral media fue de 7,21 y la seguridad percibida fue de 7,48. Las variables sociodemográficas tuvieron escasa significación, mientras que una buena percepción de muchas de las dimensiones consideradas sí se asoció a las variables de resultado. En el análisis de datos se obtuvieron múltiples correlaciones significativas y relaciones cruzadas entre las dimensiones que definen ambos constructos, así como entre el grado de satisfacción de las dimensiones consideradas y las variables de resultado. Los resultados evidencian que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad, y cuantifican el grado de asociación entre las variables estudiadas.

ORIGINAL

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez, M^a de los Reyes Asensio-Pérez, Juan Carlos Palomo-Lara, Encarnación Bella Ramírez-López y Marta Lima-Serrano

Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. Visión de los/las profesionales

Desde la perspectiva de los/las profesionales, ¿qué razones llevan a decidir que los pacientes terminales mueran en el hospital o en su domicilio? Este estudio realizó cuatro grupos focales multidisciplinares (dos en hospitales y dos en centros de Atención

Primaria de Salud de Sevilla), en los que participaron 29 profesionales con al menos 2 años de experiencia con pacientes terminales. Las respuestas obtenidas del guion inicial se agruparon en tres categorías centrales: paciente y familia, profesionales y proceso asistencial. No suele consultarse al paciente sobre sus preferencias respecto al lugar donde quiere morir, y si además la familia las desconoce, no se puede realizar una planificación anticipada de los cuidados. La familia elige el hospital por inseguridad respecto a la posibilidad de seguimiento y recursos en atención primaria. Los/las profesionales poseen formación para abordar la muerte, pero no se sienten preparados/as y focalizan la atención en aspectos clínicos o administrativos. El proceso asistencial favorece a los/las pacientes con cáncer, pues es más sencillo identificar su terminalidad. No hay equidad en los recursos y es mejorable la comunicación interniveles. No se facilita la integración de la familia en el proceso que interfiere en su toma de decisiones. Para los autores y las autoras del estudio, se debe fomentar la planificación anticipada de cuidados y usar el documento de voluntades anticipadas, la comunicación y la coordinación interniveles, dotar de recursos (especialmente en atención primaria) y formar y preparar a los/las profesionales para abordar la muerte. También hay que implicar a la familia en el proceso, aportándole el apoyo necesario.

ORIGINAL BREVE

Alba Llop-Gironés, Montse Vergara-Duarte, Josep Anton Sánchez, Gemma Tarafa, Joan Benach

The value of comparative research in major day surgery

El objetivo de este estudio es medir la evolución temporal de la cirugía mayor ambulatoria entre los proveedores de la red sanitaria pública de Cataluña de acuerdo con la titularidad y otras características de los hospitales. Con datos provenientes de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento, se realizó un modelo lineal generalizado mixto con respuesta gaussiana y pendiente e intersección aleatorias. Se observó que la mayor variación en la tasa de cirugía mayor ambulatoria era para los hospitales privados con fines de lucro: 42,9 en 2009 frente a 2,7 en 1996. Estos hospitales tuvieron un aumento significativo de la cirugía mayor ambulatoria en comparación con los hospitales públicos (coeficiente 2; $p < 0,01$). La evaluación comparativa del desempeño de los hospitales es una herramienta decisiva para garantizar que los recursos públicos se utilizan de la forma más racional y eficiente posible.

ORIGINAL BREVE

Belén Ortiz-Gonçalves, Andrés Santiago-Sáez, Elena Albarrán Juan, Elena Labajo González y Bernardo Perea-Pérez

Elaboración de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de la población madrileña frente al final de la vida

El objetivo de este trabajo es elaborar y validar un cuestionario sobre los conocimientos y las actitudes de la población general en la Comunidad Autónoma de Madrid ante la fase final de la vida. Para ello, se diseña un cuestionario estructurado y autoadministrado, validado por un grupo de siete expertos/as profesionales de la sanidad madrileña y evaluado mediante una prueba piloto en atención primaria. El cuestionario final constó de 42 preguntas divididas en seis módulos: 1) decisiones y cuidados psicofísicos al final de la vida; 2) cuidados paliativos; 3) eutanasia y suicidio asistido; 4) documento de instrucciones previas; 5) dimensión espiritual; y 6) datos sociodemográficos. El cuestionario ha resultado un método indirecto útil para conocer la opinión sobre el final de la vida en la población de la Comunidad Autónoma de Madrid. Si fuera aplicado en atención primaria y hospitalaria podrían establecerse comparaciones entre los usuarios de distintas comunidades autónomas.

OPINIÓN

Fernando G. Benavides, Jordi Delclós y Consol Serra

Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral

En el contexto de la actual crisis del Estado de bienestar, la salud laboral puede contribuir significativamente a su sostenibilidad, facilitando un trabajo decente y saludable a lo largo de la vida laboral de las personas que trabajan. Para ello, la salud laboral debe afrontar el reto de la promoción de la salud, la prevención y la asistencia de lesiones, enfermedades y sobre todo incapacidades, basándose en una mejor coordinación de los servicios de prevención, las mutuas colaboradoras con la seguridad social y el sistema de salud, así como potenciando el liderazgo en prevención de las empresas y la participación activa de las personas que trabajan, opinan los autores y las autoras de este artículo, del CIBER de Epidemiología y Salud Pública y del Centro de Investigación en Salud Laboral de la Universitat Pompeu Fabra.

DEBATE

Fernando Marín Olalla

La eutanasia: un derecho del siglo XXI

El autor, de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, analiza el concepto de eutanasia y hace un repaso histórico de su regulación en diversos países. Enumera también la variabilidad de términos que se utilizan para referirse a la eutanasia y el suicidio asistido, en su opinión debido al tabú. La muerte voluntaria ha existido desde siempre, pero algo ha cambiado en los últimos 50 años para que la eutanasia sea hoy una demanda social muy mayoritaria. Por un lado, el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas asociadas al envejecimiento, y por otro, la emergencia de la autonomía como un derecho fundamental en una sociedad democrática. Frente a un 84% de la población a favor de la eutanasia, ningún argumento justifica que no se regule, considera Marín Olalla. Ninguna ley de eutanasia es perfecta, fundamentalmente por la exigencia de unos requisitos. La ayuda médica para morir debería legalizarse como un acto médico más, cuya única condición sea documentar la libertad del individuo para disponer de su propia vida, ya sea por razones de enfermedad o por hartazgo de vivir.

DEBATE

Luis Alejandro Pérez de Llano

Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica

La creciente prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas y su más larga supervivencia han motivado que aumente el número de pacientes en situación avanzada de la enfermedad y en techo terapéutico. Sin embargo, este hecho epidemiológico no se ha acompañado de un desarrollo paralelo de programas de cuidados paliativos, lo que motiva que los enfermos que se encuentran en esta situación no reciban los cuidados médicos óptimos para asegurar su confort y evitar ingresos sucesivos que poco aportan a su pronóstico y calidad de vida. La experiencia del Hospital Lucus Augusti revela que el 7% del total de los ingresos de neumología corresponden a pacientes con enfermedad crónica respiratoria avanzada no neoplásica, que solo el 65% de ellos reciben tratamiento paliativo de sus síntomas y que la práctica totalidad fallece en el hospital. Es necesario poner en práctica proyectos que no solo involucren a neumólogos, sino también a personal de enfermería, médicos de atención primaria, de hospitalización a domicilio y personal del hospital de día.

NOTA DE CAMPO

Pilar Botija, Mercedes Botija y Jorge Navarro

Implementación de estrategias y herramientas de coordinación sociosanitaria en un departamento de salud

El objetivo de este artículo es mostrar una experiencia de práctica novedosa implementada por la dirección de un departamento de salud. Se expone un modelo organizativo de coordinación sociosanitaria entre los diferentes niveles asistenciales y sectores, estableciendo sinergias de los recursos sociales y sanitarios comunes del Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa (Valencia). Tras un año, se han constituido cinco consejos de salud de zona básica en atención primaria y una comisión de coordinación sociosanitaria integrada por tres subcomisiones: 1) de atención asistencial social y sanitaria, 2) de asociacionismo y voluntariado hospitalario, y 3) de acción comunitaria y participación ciudadana. La estructura organizativa propuesta se ha consolidado y las acciones realizadas se han valorado de manera positiva por las diferentes personas implicadas. Se ha generado una red de comunicación social y sanitaria interdepartamental, extradepartamental y extrahospitalaria.

NOTA METODOLÓGICA

Emily Felt, José Miguel Carrasco y Carmen Vives-Cases

Metodología para el desarrollo de un resumen de evidencia para políticas en salud pública

El resumen de evidencia para políticas es un documento de referencia en la toma de decisiones políticas. De forma breve y directa se define un problema, se realiza una síntesis de la evidencia disponible en torno a él, se identifican posibles líneas de actuación y se proponen recomendaciones. El objetivo de esta nota es describir su metodología, partiendo del modelo propuesto por Eugene Bardach y la propia experiencia de las autoras y el autor. Se describe la metodología en seis pasos: 1) identificación de la audiencia a la que se dirige el documento; 2) delimitación del problema; 3) recopilación de información y evidencias; 4) consideración de alternativas; 5) proyección de resultados y diseño de recomendaciones o mensajes clave; y 6) descripción de la historia. Se presenta también el resumen de evidencia para políticas como parte de una estrategia de comunicación más amplia que puede generar puntos de encuentro entre equipos de investigación y grupos de interés.

NOTA METODOLÓGICA

José M. Martínez-Sánchez, Adrián González-Marrón, Juan Carlos Martín-Sánchez, Xisca Sureda, Marcela Fu, Raúl Pérez-Ortuño, Cristina Lidón-Moyano, Iñaki Galán, José Antonio Pascual, Esteve Fernández

Validity of self-reported intensity of exposure to second-hand smoke at home against environmental and personal markers

El objetivo de este trabajo es evaluar la validez de dos preguntas sobre la exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar utilizando como referencia marcadores ambientales (nicotina y bencenos en el aire) y biomarcadores específicos (cotinina en saliva y orina) de la exposición pasiva al tabaco. Para ello se realizó un estudio transversal de una muestra de conveniencia de 49 voluntarios no fumadores mayores de edad de la ciudad de Barcelona. Se encontró una alta correlación entre la pregunta de intensidad de la exposición pasiva autodeclarada en casa y la nicotina en el aire ($r_{sp} = 0,806$), la cotinina en saliva ($r_{sp} = 0,752$) y la cotinina en orina ($r_{sp} = 0,626$). No se encontraron diferencias entre las preguntas puntuables y las convencionales. En conclusión, la alta correlación de las preguntas propuestas con los marcadores ambientales y los

biomarcadores indica su validez para evaluar la intensidad de la exposición pasiva al tabaco en el hogar.

NOTA METODOLÓGICA

Esther Colell, Esther Sánchez-Ledesma, Ana M. Novoa, Ferran Daban, Ana Fernández, Olga Juárez y Katherine Pérez por el Grupo de Trabajo de Diagnóstico

El diagnóstico de salud del programa *Barcelona Salut als Barris*. Metodología para un proceso participativo

Esta nota metodológica describe la metodología usada en el diagnóstico de salud de un programa orientado a mejorar la salud en los barrios más desfavorecidos de la ciudad de Barcelona. En el proceso de diagnóstico se utiliza una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) para obtener información sobre el estado de salud de la comunidad, sus determinantes y los recursos disponibles relacionados con la salud. Los datos cuantitativos corresponden a indicadores elaborados a partir de registros de diversas fuentes. La información cualitativa recoge las perspectivas de la comunidad mediante entrevistas, grupos focales y grupos nominales. Las diferentes formas de recogida de datos proporcionan una información más completa de la salud de la comunidad, de sus necesidades y de los recursos disponibles para afrontarlas. La participación comunitaria en el proceso fortalece los lazos entre la comunidad y los agentes implicados en las acciones para abordar los temas priorizados, y favorece su empoderamiento.

CARTA AL DIRECTOR

Àngel Gasch-Gallén, M. Ángeles Rodríguez-Arenas, Concepción Tomás-Aznar, Pello Latasa, Christian C. Gil-Borrelli, César Velasco-Muñoz y José Tomás Mateos

Inclusión de la orientación afectivo-sexual y de las identidades de género como determinantes sociales de la salud

Las personas firmantes de esta carta al director denuncian la exclusión que aún sufren las personas lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI) en ámbitos como el educativo, el laboral y el reconocimiento de derechos civiles y humanos. Esta

discriminación está presente en la atención sanitaria, y se puede observar la privación de acceso a determinados servicios o el rechazo y el desconocimiento por parte de los/las profesionales de la salud. Existe un gran cuerpo de evidencia científica que relaciona la discriminación por orientación afectivo-sexual e identidad de género disidentes con peores resultados de salud, tanto física como mental, incluyendo adicciones o violencia, e incluso una mayor mortalidad, con una esperanza de vida 12 años menor. Es necesario visibilizar la discriminación y el estigma sufridos por las personas LGTBI, su convergencia con otros factores y el impacto en su salud, para una abogacía contra las desigualdades en salud de toda la población.

CARTA AL DIRECTOR

Adriana Faria, Ana Rita Matos, Vânia Rocha, Lucinda Rodrigues, Ana Araújo, Patrícia Magalhães, Davide Barroso, Catarina Samorinha, José Precioso

Traffic risk behaviour: an observational study of drivers' behaviour in Braga (Portugal)

Los autores y las autoras de esta carta al director, del Instituto de Educação de la Universidade do Minho, se centran en los accidentes de tráfico como importante problema de salud pública, que causa un elevado número de daños y accidentes. En Portugal, en 2016, se produjeron 32.299 accidentes de tráfico con víctimas, 554 accidentes con muertes y 2148 con heridos graves. El uso de teléfonos móviles y el consumo de tabaco, advierten, causan accidentes de tráfico, que se agravan si los pasajeros no llevan el cinturón de seguridad. Por ello, presentan un estudio observacional que de diciembre de 2016 a enero de 2017 registró las condiciones de conducción de los primeros cinco vehículos que paraban en un semáforo de la ciudad de Braga. De los 705 conductores analizados, el 9,8% estaba utilizando móvil, el 7,1% no llevaba cinturón de seguridad y el 5,5% fumaba mientras conducía. Por ello, reclaman más vigilancia policial en cuanto al uso de móviles y del cinturón de seguridad, y que se prohíba el consumo de tabaco en los coches, especialmente con menores en el interior.