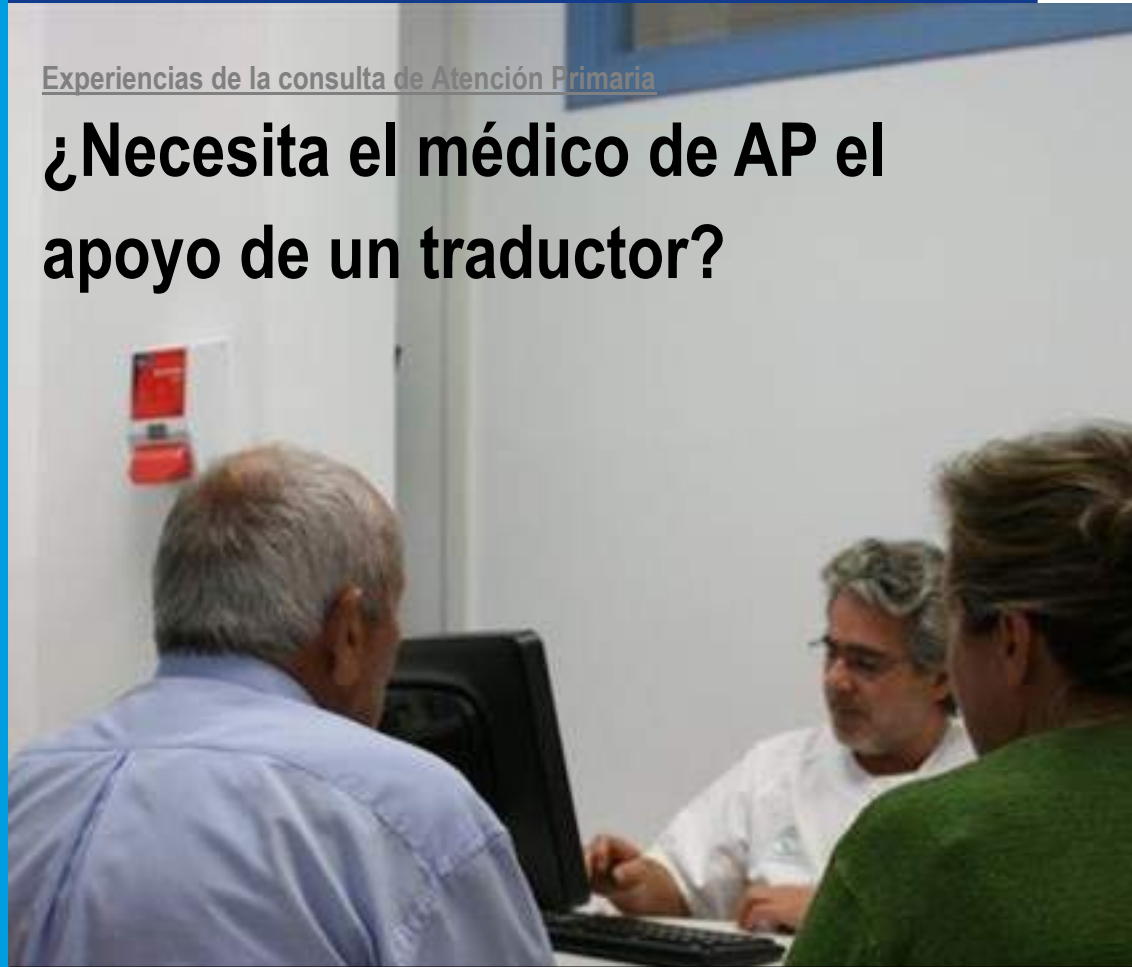


- Dr. Angel Cacho: El problema sigue siendo cómo motivar al profesional
- ¿Cuándo una agresión a un médico es un atentado contra la autoridad?
- ¿Debería el médico de AP tener el apoyo de un traductor para asegurar que la información transmitida es correcta en los casos de diferente lenguas?
- Datos de AP excesiva carga de trabajo, cupos masificados, precariedad laboral, plantillas insuficientes...
- PAL24, el modelo de atención integral y continuada de los pacientes de Paliativos
- Formarse para controlar el asma en la consulta
- Al 77% de las personas con diabetes las hipoglucemias les condiciona su vida
- El médico 2.0: claves para tener una identidad digital
- Dr. Antonio Fernández-Pro: *"Atención Primaria está sopor-tando con el ciudadano el peso de la precariedad"*
- La implicación del paciente, vital para reducir la tasa de muertes por enfermedad cardiovascular
- Primer manual multidisciplinar de Medicina del Dolor
- 'MyTherapy', la aplicación que ayuda al paciente a que no olvide tomar la medicación

Experiencias de la consulta de Atención Primaria

¿Necesita el médico de AP el apoyo de un traductor?



**Dr. Angel Cacho:
El problema sigue
siendo motivar al
profesional**

Lo mejor de la Sanidad

Dr. Angel Cacho: El problema sigue siendo cómo motivar al profesional



Sería interesante conocer cuántas personas trabajan entre el consejero de Sanidad y los directores de Centro de Salud

¿Es posible paliar la sobrecarga? Creo que sí y que una solución es "desburocratizar" y menos gestión

El Dr. Angel Cacho es uno de los profesionales con más prestigio y conocimiento de la situación de la Atención Primaria en Madrid. Siempre es conveniente escuchar su experiencia y aprovechar porque es un valor insustituible en la sanidad madrileña.

Carga de trabajo, cupos excesivos, plantillas insuficientes... ¿qué se puede proponer desde AP para paliar la sobrecarga que sea posible?

Desde que se hicieron evidentes estas dificultades, en el Informe ABRIL de 1991, hace mas de 25

años, los médicos de primaria hemos visto aparecer con frecuencia creciente propuestas de soluciones, modelos de gestión, más y más profesionales han pasado de la asistencia a la gestión. El espacio físico dedicado a gestores de la sanidad crece y crece. Sería interesante conocer cuántas personas trabajan entre el consejero de Sanidad y los directores de Centro de Salud, que son los últimos que ven pacientes... ¡y no mentir en la respuesta! Toda esa burocracia ¿Como y cuanto mejora al paciente?

Podemos revisar todo este documento y veremos como han persistido los problemas y no se han aplicado las soluciones, pero la pregunta puede enfocarse desde la visión de ese informe: "La gestión actual del sistema como obstáculo para su desarrollo"

¿Es posible paliar la sobrecarga? Creo que sí y que una solución es "desburocratizar" y menos gestión.

Los problemas del informe ABRIL siguen pendientes desde 1991, hace más de 25 años:

- A. LA FALTA DE ORIENTACIÓN AL SERVICIO
- B. LA GESTION ACTUAL DEL SISTEMA ES UN OBSTACULO PARA SU DESARROLLO
- C. FALTA DE IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Lo mejor de la Sanidad



Dr. Angel Cacho: El problema sigue siendo cómo motivar al profesional (II)

El 90% de los pacientes crónicos piden cambios en el SNS, que son los que más cargan las consultas de AP, ¿sería bueno para ellos y para el sistema que tuvieran una atención fuera de AP de alguna manera?

Los ingleses están en lo mismo, revisando la organización de su AP. Analizan como se distribuye el tiempo en los servicios de enfermería y atención primaria a ver si mejoran la efectividad, y han encontrado que solo el 26% del tiempo de las enfermeras se destina a la atención a pacientes y lo han aumentado al doble reduciendo el dedicado a burocracia. Nosotros tenemos cientos y cientos de personas dedicados a ver como organizar el trabajo de los otros, a participar y organizar foros de debate, comisiones, grupos de trabajo, recabando documentos”

recabando documentos a los que atienden a los pacientes para justificar su propio empleo, cuando se proponen medidas desburocratizadoras la respuesta es aniquilar al que las propone porque “hasta a eso podíamos llegar, eso son palabras mayores, se trata de nuestro empleo y nuestro sueldo”, “y yo no puedo volver a la asistencia” etc, etc.

En la asistencia pública el especialista utiliza al médico de primaria como barrera y como secretaria y sobrecarga su trabajo

A los que trabajan en Atención Primaria les dicen que son importantes, la puerta de entrada, pero les tratan mal y acaban pensando que son el felpudo o el cartel informador de la

puerta de entrada. En el sistema privado el paciente cuando tiene claro el especialista que precisa no pasa por primaria. En la asistencia pública el especialista utiliza al médico de primaria como barrera y como secretaria y sobrecarga su trabajo: Tras una consulta en urgencias o en especializada el especialista escribe el informe en el que detalla la medicación, pero no hace las recetas, el paciente va a la farmacia las compra y pide cita en primaria para que se las hagan y llevarlas a la farmacia para que le devuelvan el dinero

Posible mejora: el especialista o en urgencias hacen sus recetas que quedan en la historia clínica única del paciente para que la vea el resto. Esto reduce la lista de espera del de primaria en mas de diez personas a la semana.

Lo mejor de la Sanidad



“En la comunidad de Madrid hay suficientes y consolidadas experiencias de telemedicina en tiempo real, pero sustentadas en el voluntarismo”

Dr. Angel Cacho: El problema sigue siendo cómo motivar al profesional (III)

En Madrid se han hecho cosas, en los últimos tiempos, que mejoran la situación, la figura y el trabajo de los directores de continuidad asistencia, armoniza los intereses e integra a los profesionales de primaria, especializada y socio-sanitaria.

Precisamos un modelo de historia clínica común, en primaria, toda la hospitalaria y la sociosanitaria ¿Por qué no es así? “viene de atrás, fueron los anteriores”, dicen.

Historia Clínica común, toda la Historia Clínica común: primaria, sociosanitaria, residencias públicas, privadas... Son medidas que reducen la carga de trabajo.

En la comunidad de Madrid hay suficientes y consolidadas experiencias de telemedicina en tiempo real, pero sustentadas en el voluntarismo. Por ejem-

plo una consulta semanal de teledermatología en el centro de salud en los que se hace es un gran éxito. Igual pasaría con consultas entre el especialista, el paciente y el de primaria.

El problema sigue siendo ¿cómo motivar al profesional?

Hipertensión, diabetes, dolor, alergia, paliativos... el médico de AP necesita un enorme conocimiento actualizado ¿siguen faltando formación?, ¿debe venir a través de las sociedades científicas, de los laboratorios, de los Colegios o es una iniciativa personal?

¿Quién la paga? y ¿quién beneficia? En los centros de salud hay un proceso de autoformación, con sesiones de entre 45 minutos, 1 hora y 1 hora y media sobre lo que realmente se siente que se necesita. Las sesiones son muy buenas y

En la asistencia pública el especialista utiliza al médico de primaria como barrera y como secretaria y sobrecarga su trabajo

sin pérdidas de tiempo, desplazamientos ni suplentes.

Las sociedades científicas de primaria, por ejemplo El sistema de formación continuo de SEMERGEN, por ejemplo, se llama DPC y es excelente, constante a tu propio ritmo. Justifica hacerse socio de una de estas sociedades.

Tiene que ser una iniciativa personal que utilice los medios a tu disposición, los de la administración y los de las sociedades.

Hay muchas posibilidades de formación. Solo hay que seleccionarla.

Lo mejor de la Sanidad



Dr. Angel Cacho: El problema sigue siendo cómo motivar al profesional (y IV)

Recetas en Urgencias, ¿quién está más saturado?, ¿debe tener acceso Urgencias a la Historia Clínica y poder hacer receta electrónica?. ¿Cómo ese puede avanzar en este problema sin generar un conflicto de especialidades?

Todo sanitario que asiste a un enfermo tiene que tener toda la información

posible, todo el tiempo posible para escribir lo que va viendo y haciendo, y acceso a lo que el enfermo toma, lo que le manda y porqué lo hace lo que le recomienda a enfermería o a primaria, etc. Lo contrario, ¿sería bueno para el enfermo?

Es inadmisibles tener un único sistema sanitario con distintos software. Hay que

Todo sanitario que asiste a un enfermo tiene que tener toda la información posible

unificar todo, antes de preguntarnos lo que nos preguntamos de la industria farmacéutica hay que preguntarse también sobre la industria informática.



CURSOS Y MASTERS

Líderes en Formación de Postgrado Sanitario



Máster en...

- Biomedicina, Clínica y Tratamiento de Enfermedades y Síndromes Prevalentes
- Ecocardiografía Transesofágica
- Gestión y Planificación de Centros y Servicios Asistenciales
- Manejo Avanzado de la Vía Aérea difícil y Ventilación
- Manejo Clínico de la Vía Aérea difícil y Ventilación
- Riesgo Cardiovascular, Obesidad, Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico

Curso de Actualización en Cardiología, Pediatría, Gastroenterología, Urgencias...

NUESTROS PARTNERS



Universidad
Francisco de
Vitoria
UFV Medici



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA



Universidad
de Alcalá



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

INFORMACIÓN Y MATRICULACIÓN

Teléfono: 91 482 43 30 | info@grupocto.com | www.grupocto.com

Lo mejor de la Sanidad

¿Cuándo una agresión a un médico es un atentado contra la autoridad?

Lex Sanitaria

La información que te interesa



Lamentablemente las agresiones a médicos están a la orden del día en los centros de salud. Estas censurables situaciones se han generalizado en todo tipo de servicios sanitarios.

Si bien nuestro Código Penal ofrece una mayor protección hacia los médicos víctimas de agresiones, esta solo se hace efectiva cuando el profesional sanitario ejerce su actividad en el seno de la administración pública, es decir, cuando el médico es agredido mientras ejerce sus funciones como funcionario público, dándoles la posición de autoridad.

Esta situación ha generado muchas dudas a los profesionales sanitarios respecto cuando son considerados como autoridad para tener una mayor protección ante agresiones de pacientes. Para responder a esta cuestión, se hace necesario acudir al artículo 550 del Código Penal, en relación con el 551 de la misma norma, que castiga el delito de atentado contra la autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos. De acuerdo con el artículo 550:

“Son reos de atentado los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen fuerza contra ellos, los intimiden gravemente o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos con ocasión de ellas”

Dada la naturaleza estatutaria de la relación del personal de los servicios públicos de salud a través de la reiterada doctrina jurisprudencial, el Tribunal Supremo ha establecido los requisitos que deben concurrir para la existencia de tal delito:

1. Que la persona agredida sea funcionario público

El Código Penal, en su artículo 24.2, considera funcionarios públicos a efectos del Derecho Penal a las personas que -por disposición legal, elección o nombramiento de Autoridad- participan en el ejercicio de funciones públicas.

Es reiterada la doctrina del Tribunal Supremo que realiza una interpretación amplia del concepto de funcionario público al no imponer ninguna limitación, indicando que:

“Verdaderamente característico y lo que les dota de la condición pública, es la función realizada dentro de un organigrama de servicios públicos”

La anterior doctrina ha sido recogida por los más recientes pronunciamientos jurisdiccionales de la Sala 2ª del Tribunal Supremo y por la Consulta nº 2/2008, de 25-11, de la Fiscalía General del Estado sobre la calificación jurídico-penal de las agresiones a funcionarios públicos en los ámbitos sanitario y educativo, en la que, en consonancia con aquellos pronunciamientos, se concluye (punto VI 4ª) que:

“Las agresiones ejecutadas contra funcionarios públicos en el ámbito de la sanidad y de la educación, consistentes en acometimiento, en empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia activa también grave, quedan incluidas en el ámbito de la tutela penal arbitrada por el delito de atentado, siempre que concurren los demás elementos que configuran tal delito”.

2. Que el profesional sanitario esté en el ejercicio de su cargo o función pública cuando sufre la agresión

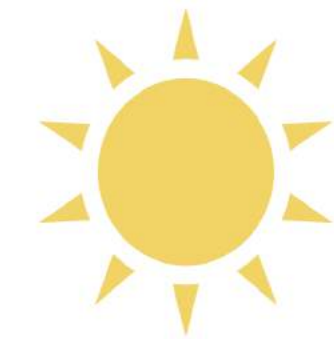
Para que una agresión a un

médico pueda ser calificada como atentado a la autoridad, es necesario que se produzca cuando el profesional está ejerciendo su actividad en la sanidad pública.

Esta situación ha sido calificada de cierta desprotección hacia los profesionales que han sido agredidos durante el ejercicio privado de su actividad.

Respecto a la relación jurídica que tiene el profesional agredido con la Administración, se ha puesto en duda si esta protección cubre solo al personal estatutario fijo. La respuesta que ha dado la jurisprudencia al respecto, es que da igual el tipo de contrato que el profesional agredido tenga con la sanidad pública, lo relevante, desde el punto de vista penal, es que la agresión se haya producido mientras su función sea realizada dentro de un organigrama de servicios públicos.

Israel Torres
Abogado **DS Legal Group**



Tu estilo de vida
Tu familia
Tu profesión
LO QUE MÁS IMPORTA



Llame e infórmese sobre nuestro

PLAN DE PROTECCIÓN

VIDA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

INVALIDEZ PROFESIONAL

¡Y MÁS COBERTURAS!

...



**UNITECO
PROFESIONAL**

CORREDURÍA DE SEGUROS

www.unitecoprofesional.es @unitecopro /unitecoprofesional

Oficina Central: c/ Pez Volador, 22 - 28007 - Madrid Tel.: 91 504 55 16 - Fax: 91 504 15 66

Lo mejor de la Sanidad

Experiencias de la consulta de Atención Primaria

Cada uno de mis pacientes tiene que entender y comprender el diagnóstico y el tratamiento

¿Debería el médico de AP tener el apoyo de un traductor para asegurar que la información transmitida es correcta en los casos de diferentes lenguas?

El aislamiento en la consulta de AP es considerado un problema real, ya que el médico tiene que realizar, además de las tareas derivadas de la actividad, un sinnúmero de tareas administrativas, pero, además, en pleno s.XXI, en medio de una sociedad abierta al

respeto de todas las culturas y tradiciones, tiene que conseguir comunicarse correctamente con el paciente

rar las dudas que surjan en la consulta. Hace escasas semanas acudió a mi consulta un matrimonio de origen árabe, educados, pero sin idea del castellano habitual. La esposa, a través de su marido, acudió para realizar el seguimiento de su embarazo, y siempre a través de su esposo, las preguntas las realizaba él.

Cuando indicaba el tratamiento preventivo y protocolizado según nuestras recomendaciones de las distintas guías de la SEGO, y de la Sociedad Española de Pediatría de atención al embarazo él iba cuestionando muchas de las indicaciones que le facilitaba, y algunas las transmitía y otras no. Entre otras cuestiones esenciales y recomendaciones, le indiqué la necesidad de tomar un fármaco para evitar malformaciones en el feto y, para mi sorpresa, él cuestionó la evidencia científica de dicho tratamiento, poniendo de manifiesto sus dudas sobre la necesidad de tomar el mismo. Mi explicación fue "traducida"

a su mujer con pocas palabras y con poca seguridad por mi parte de que fueran transmitidas de manera correcta

Por tanto, me planteo como médico, ¿nos podemos permitir desde el nuestro sistema sanitario en este caso el SERMAS, que a un paciente no se le transmitan las indicaciones sobre su salud en la forma adecuada?, ¿tengo la seguridad de que el acompañante (marido), le ha transmitido de manera correcta lo que yo le he dicho? Si existe algún problema derivado de la gestación porque no se han seguido las indicaciones ¿a quién debe denunciar la mujer embarazada?.

¿Está el sistema preparado para asignarnos un traductor cuando se necesite?, ¿hay partidas presupuestarias para esto?

Mientras no se solucione este problema será el médico de Atención Primaria quien asuma el riesgo.

Dra. Carmen Valdés y Llorca

Médico de Atención Primaria



¿Está el sistema preparado para asignarnos un traductor?, ¿lo necesitamos?, ¿hay partidas presupuestarias para esto?

Por mi consulta han pasado variedad de pacientes de diferentes países, de habla hispana y de otras lenguas maternas ininteligibles para mí, lo que complica la relación médico-paciente ya que el acto médico implica una transmisión de información y la disposición del profesional ante su paciente para acla-

Lo mejor de la Sanidad

Datos de Atención Primaria: excesiva carga de trabajo, cupos masificados, precariedad laboral, plantillas insuficientes...

Los 28.500 Médicos de Familia y los 6.400 pediatras se reparten las 206.775.783 consultas anuales

Con estas condiciones resulta casi imposible seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y una Atención Primaria resolutiva y eficiente



Las conclusiones de una encuesta de la OMC a médicos de Atención Primaria han señalado que existen, de manera muy clara, excesiva carga de trabajo; cupos masificados; precariedad laboral; plantillas insuficientes... dejando una consecuencia directa: *“demoras en Atención Primaria que redundan en perjuicio para los pacientes y sobrecarga de los servicios de urgencia”*.

El Barómetro del CIS ha corroborado estos datos porque de los que participaron en la encuesta, el 35,9% conseguían cita el mismo día, siempre o casi siempre, mientras que de los que no conseguían cita en el mismo día, el 21,9% la tenían en un

día y el 79,1% la eran citados con más de dos días de demora.

Las noticias aparecidas en los medios de comunicación sobre el superávit de médicos y el déficit de otros profesionales sanitarios han sido valoradas muy negativamente porque *“en el caso de Atención Primaria faltan Médicos y no sobran enfermeros”*.

Los 28.500 Médicos de Familia y los 6.400 pediatras se reparten las 206.775.783 consultas anuales, lo que genera una media de 30 pacientes diarios, aparte de las 18.366.943 urgencias del año, por lo que en los 3.023 Centros de Salud y 10.081 Consultorios Locales (datos

de 2014) se realiza un extraordinario, estresante y agotador trabajo.

Para poder realizar esta media de 30 pacientes, hay días que se llegan a ver más de 40 pacientes porque las plantillas no están completas, y hay ausencias que no se sustituyen. La situación de los Pediatras es análoga, atendiendo unas media superior a 21 consultas diarias, con plantillas que no alcanzan el 100% y las ausencias sin sustituir se disparan.

Con estas condiciones resulta casi imposible seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y una Atención Primaria resolutiva y eficiente.



Lo mejor de la Sanidad

PAL24, el modelo de atención integral y continuada de los pacientes de Cuidados Paliativos en Madrid

PAL24 es una Plataforma de atención específica paliativa **modelo de continuidad asistencial**. Se apoya los recursos del SUMMA 112 y es, atendida por profesionales con experiencia y **formación específica avanzada en Cuidados Paliativos**. Esta **operativa durante 24 horas al día los 365 días del año** con tres objetivos:

1. dar confianza y apoyo a los cuidadores en el domicilio, evitando desplazamientos innecesarios a los servicios de urgencia
2. dar soporte a los profesionales que se encargan de la atención del enfermo en cualquier nivel asistencial
3. gestionar los recursos de atención paliativa disponibles en la Comunidad de Madrid en el momento

Lo componen 6 médicos y 6 enfermeras, de los que un médico y una enfermera están atendiendo el servicio de forma permanente. Es una iniciativa clave del programa de formación en el que han participado en los últimos años más de 6.000 profesionales sanitarios desde el nivel básico al más experto. Sus múltiples funciones pueden realizarse a través

del teléfono (más de 72%), asesorando a otros profesionales (un 25%) e, incluso, cuando es necesario y así lo pide el profesional del SUMMA, visitando al enfermo en su domicilio.

Su objetivo es ofrecer la medicina de vanguardia acorde a una medicina humanizada que gira en torno al paciente y su familia, mejorando el servicio público sanitario de atención en Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid aumentando su calidad, seguridad, capacidad resolutoria y su extensión a la dimensión social. De momento, el Reino Unido está estudiando para implantar el mismo modelo.

En sus 5 años de existencia se han hecho más de 90.000 contactos

En 2015, se registraron más de 22000 contactos para atender a unos 8600 enfermos diferentes. Cabe destacar su impacto socio-familiar ya que más de la mitad de las llamadas que recibe la plataformas son de familiares de estos enfermos, incluidos los fines de semana donde se ob-



serva un significativo aumento de llamadas con respecto a los días laborables.

Desde 2013 PAL24 también gestiona los ingresos en las camas de la Unidades de Cuidados Paliativos de Madrid las 24 horas del día, lo que le convierte en el único de su categoría en el mundo, y al que pacientes y familiares acceden directamente por vía telefónica, facilitando una mayor flexibilidad a la hora de conseguir poder satisfacer la elección del Lugar Preferido de Cuidados y Lugar Preferido de Muerte, indicadores de calidad de gran importancia en este campo. Sólo en 2015, se gestionaron más de 5000 posibles ingresos en estas unidades de camas.

Entre los beneficios de este sistema PAL24 se pueden destacar:

- Continuidad de cuidados: evitando el "vacío asistencial" y mejorando la Accesibilidad a los distintos servicios de Cuidados Paliativos
- Comunicación y coordinación entre profesionales
- Reducción días de hospitalización

- Mayor permanencia en domicilio y mejora de la asistencia prestada durante más largos periodos

- Menos derivaciones a servicios de urgencias

- Mejor comunicación con paciente y familia

- Ubicación adecuada para cada paciente

PAL24 se centra en el enfermo, su familia y los profesionales, y, a través de un abordaje integral, incide en la seguridad y efectividad, en la accesibilidad y equidad de la asistencia. La inclusión en un registro único permite una documentación única y actualizada, necesaria para una atención completa, correcta y personalizada. Es un punto neurálgico que garantiza una atención paliativa cada vez más continua, más homogénea y más compasiva para aquellos que viven su última etapa de vida y para quienes les acompañan en ella.

Dra. M^a Teresa García-Baquero Merino

Especialista en Medicina Paliativa y Bioeticista

Lo mejor de la Sanidad

Formarse para controlar el asma en la consulta



en España en pacientes de 6 a 7 años, en un 8,2% en las niñas, mientras que en niños asciende al 10,7%. “Se da más en niños pequeños que en niñas, entre otras causas, porque los varones en las primeras etapas de la vida son más sensibles a infecciones víricas”, explica el Dr. Pellegrini.

El tratamiento farmacológico solo es una parte del tratamiento del asma

En España, 5 de cada 10 adultos y 10 de cada 100 niños padecen asma. Se calcula que aproximadamente 800.000 niños españoles tienen esta enfermedad. La OMS calcula que 235 millones de personas en el mundo padecen asma, una enfermedad que aumenta de año en año. El aumento de la contaminación y ciertos factores genéticos podrían ser los responsables de este incremento.

“Esta enfermedad aumenta especialmente en la infancia. Entre los cambios ambientales que influyen están la alimentación, especialmente por el uso de alimentos precocinados y aditivos, la obesidad, la exposición de los niños al tabaco, el cambio climático, el aumento del consumo de medicamentos, y un factor importantísimo, la exposición temprana a las infecciones víricas. La escolarización temprana aumenta la exposición precoz. Estas son algunas de las ideas de trabajo de los investigadores”, explica el Dr. Venancio Martínez, presidente de SEPEAP.

Los datos del Estudio Internacional *Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* cifran la prevalencia del asma

Formación: clave para una detección precoz y un control adecuado

limite la gravedad del proceso. También es determinante la educación sanitaria y el uso correcto de los dispositivos de inhalación.



Coincidiendo con el Día Mundial del Asma, el 3 de mayo, la SEPEAP puso en marcha el programa de formación **PulmiAsma**, destinado a pediatras, médicos internos residentes y médicos interesados en el asma. “Es imprescindible formar a los profesionales, que son quienes diagnostican, instauran el tratamiento, y lo que es más importante, controlan la evolución de la enfermedad a lo largo la vida del paciente”, asegura el Dr. Pellegrini. El diagnóstico en estadios tempranos del asma es decisivo para instaurar un tratamiento de base que

El tratamiento farmacológico solo es una parte del tratamiento del asma, y educar en asma implica no solo la adquisición de conocimientos sino también de destrezas y actitudes que deriven en un cambio en el comportamiento del paciente y por tanto en la evolución de su enfermedad, lo cual reduciría las exacerbaciones asmáticas.

Es esencial formar a los profesionales, tanto en las técnicas de utilización como en habilidades de comunicación, para transmitir a adolescentes, niños y familias la importancia de utilizar los distintos sistemas de forma adecuada

Lo mejor de la Sanidad

Al 77% de las personas con diabetes las hipoglucemias les condiciona su vida

El 76% de los pacientes asegura que como mínimo sufre una “bajada de azúcar” a la semana

El objetivo más importante es tener un buen control en el manejo de la diabetes que solo se puede hacer con un seguimiento “muy personalizado” de los pacientes

El 77% de las personas con diabetes asegura que las hipoglucemias, las conocidas como *bajadas de azúcar*, les condiciona su vida y el 76% indica que sufre, a la semana, como mínimo una.

Y es que así se desprende de una encuesta que, realizada a través de ‘Canal Diabetes’ a 400 personas, fue presentada durante el XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes (SED), celebrado recientemente en Bilbao.

“Este debate, el primero que se realiza en España de estas características, lo hemos organizado a raíz de los resultados obtenidos en la encuesta y que pone de manifiesto la gran preocupación existente hoy en día con las hipoglucemias”, comenta el experto de ‘Canal Diabetes’, Ángel Ramírez.

Además, el 23% de los encuestados reconoce que en el último año ha sufrido una hipoglucemia grave, una tipo de hipoglucemia que, según el Instituto Nacional de Diabetes americano, puede provocar desde convulsiones, que el paciente entre en coma, hasta incluso, la muerte.

Seguimiento personalizado del paciente para adaptar su tratamiento

El trabajo en conjunto de los profesionales sanitarios, tanto doctores como personal de enfermería y educadores, es “primordial” para llegar al obje-

tivo más importante, que no es otro que tener un buen control en el manejo de la diabetes. Para ello, se necesita llevar a cabo un seguimiento “muy personalizado” de los pacientes, para adaptar así, a cada persona su tratamiento oportuno. “Creemos que es fundamental que este tema lo traten conjuntamente pacientes y profesionales sanitarios ya que la visión conjunta es la que nos puede permitir llegar a mejores resultados”, añade Ramírez.

bles para los pacientes y que son mucho más seguras puesto que consiguen disminuir el riesgo de hipoglucemias”, afirma el endocrino del Hospital General de Segovia y Secretario de la Junta Directiva de la SED, Fernando Gómez Peralta.

Precisamente, **Sanofi**, que participó en la presentación de la encuesta, ha puesto recientemente a disposición de los profesionales sanitarios y, por extensión a las personas con diabetes, una insulina basal de



La diabetes tipo 2 es cuando el cuerpo produce insulina pero no la suficiente o no puede aprovecharla adecuadamente. Su tasa de prevalencia es mayor que la diabetes tipo 1, y es que llega a representar el 90% de los casos. “Cuando una persona con diabetes necesita insulina para contrarrestar el hecho de que su propio cuerpo no la produce, es importante acertar en la dosis justa de insulina que debe inyectarse. Afortunadamente existen nuevas insulinas basales que ya están disponi-

nueva generación destinada a ayudar a mejorar el control de esta enfermedad.

El pasado 7 de abril se celebró el Día Mundial de la Salud, dedicándose este año a la diabetes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 422 millones de personas son diabéticas en el mundo. Para el 2030, se prevé que sea la séptima causa de muerte a nivel mundial. En España, la cifra de diabéticos ronda los seis millones de personas.

Lo mejor de la Sanidad

El médico 2.0: claves para tener una identidad digital

Estamos de lleno en la **Era de Internet** que alcanza a más del 80% de la población española. En el caso de los médicos, el presente (y probablemente el futuro) de las consultas pasa por internet y su influencia en los pacientes. Por eso es **esencial que los médicos le perdamos el miedo a tener presencia online y aprendamos a gestionarla**, para seguir siendo el agente principal de la Salud de la población española.

La consulta digital será el futuro punto de encuentro de pacientes y profesionales médicos, ya que cada vez un mayor número de pacientes tienden a documentarse a través de Internet para resolver sus dudas.

Esta razón es por la que la identidad 2.0 es cada vez más determinante, especialmente a la hora de confiar en un profesional médico. La huella digital está conformada por:

- *Perfiles personales en redes sociales generales como Facebook, Twitter o LinkedIn*
- *Comentarios en foros, blogs y portales de información*
- *Contenidos digitales como*

fotos en redes sociales, vídeos en YouTube y Vimeo, además de presentaciones en Slideshare y/o documentos publicados en webs y blogs

- *Contactos de amigos, profesionales, seguidores y seguidos*
- *Direcciones de correo electrónico y mensajería instantánea.*

Debido al volumen de información disponible y al hecho que vivimos en la era de la comunicación 2.0, las plataformas que demuestren mayor fiabilidad y consigan más usuarios serán las que aseguren mejor posicionamiento para los médicos con presencia online activa, así como más visibilidad y credibilidad ante sus potenciales pacientes. En este sentido, **Doctoralia cuenta ya con más de 2 millones de usuarios al mes en su plataforma en España (www.doctoralia.es)**, además de 80.000 médicos y profesionales sanitarios y más de 28.000 centros médicos.

En solo 3 pasos es posible asegurarse una presencia digital exitosa como médico:

1. Busca tu nombre en Google: Lo primero es saber qué puede

encontrar un paciente cuando teclee tu nombre en Internet. ¿Qué encontrará? ¿Será positivo todo lo que lea sobre ti? ¿Sabría localizar tu consulta o cómo contactarte?

2. Busca tu especialidad y localidad en Google para saber cómo se comporta tu "competencia". Lo que encuentres será lo que vean todos los pacientes que busquen esa especialidad concreta en tu localidad, es decir, los que no saben adónde ir.

3. Si Google no revela la información que desearías, hay que empezar a dar forma a tu identidad digital. Para ello es aconsejable:

- a. Abrir una ficha en una plataforma online de referencia y fiable, que cuente con un gran volumen de pacientes usuarios, como Doctoralia, en la que ya confían como fuente de información sobre médicos más de 2 millones de usuarios al mes.

- b. Demostrar que eres experto en tu campo: Crea un Blog sobre un tema profesional. Es imprescindible darle continuidad y contar las cosas como en

la consulta.

- c. Relacionarse con otros expertos y estar activo en redes sociales.

- d. Perder el miedo a relacionarse con pacientes: internet no puede sustituir una visita física, pero sí permite resolver dudas puntuales de los pacientes. Un ejemplo de ello es el servicio **Pregunta al Experto** que ofrecemos de forma gratuita tanto a médicos como pacientes en Doctoralia.

- e. Tener paciencia: construir la identidad digital es cuestión de tiempo.

Recuerda que el rastro que conforma la identidad digital está formado por impactos de distinta procedencia que quedan grabados en Internet y son difícilmente borrables. Es por ello por lo que la huella digital o 2.0 de cada uno de nosotros debe cuidarse para conseguir una reputación profesional adecuada labrada en algo más potente que la piedra: internet.

Dr. Frederic Llordachs

Cofundador de Doctoralia

Doctoralia

Acceda a una nueva generación de pacientes

¿Sabía que **1 de cada 3** pacientes ya pide cita por Internet?

Ofrezca la Reserva online de cita, un servicio que se adapta a su agenda actual y permite a los pacientes pedir hora sin necesidad de llamar. Regístrese ahora en Doctoralia, el buscador de referencia que conecta médicos con pacientes con más de **2 millones de usuarios al mes**.



Infórmese ahora en: <https://www.doctoralia.es/user/register>

Lo mejor de la Sanidad

Dr. Antonio Fernández-Pro: “Atención Primaria está soportando con el ciudadano el peso de la precariedad”



Antonio Fernández-Pro Ledesma, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha denunciado la rotura de la equidad de la sanidad española, tanto para la ciudadanía como para con los profesionales, reconociendo las diferencias abismales que hay entre las Comunidades Autónomas, aunque tienen un punto fuerte en común: el médico de Atención Primaria sigue siendo el mejor valorado por los ciudadanos.

“El sistema sanitario español necesita armonía y coherencia y que administradores y políticos apuesten por el fortalecimiento de la Atención Primaria y dejen de hablar de posibles soluciones macroestratégicas, que ni han sido evaluadas, ni muchas veces analizadas y cuantificadas profesionalmente, ni mucho menos validadas: con la sanidad no

se debe experimentar, y menos cuando los problemas del sistema sanitario tienen remedio si se apuesta de verdad por el primer nivel asistencial”. Antonio Fernández-Pro, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha reconocido du-

“Soportamos con los pacientes las listas de espera, la falta de acceso a las pruebas complementarias... la precariedad de un sistema plasmada en su eje vertebrador”

rante la rueda de prensa de presentación del XXIII Congreso Nacional, “la Atención Primaria, como la población en general, está expectante, mirando a ver qué pasa y qué nos deparará el futuro

según el resultado de las elecciones”... y no es para los médicos de familia españoles ha hecho hincapié en la situación de rotura que vive el sistema sanitario, en términos de equidad tanto para con los ciudadanos como para con sus profesionales, dado que las diferencias entre Comunidades Autónomas son muy grandes. Pero sí que tienen un punto en común: en todas, el médico de Atención Primaria sigue siendo el mejor valorado por la ciudadanía...

La población confía en su médico de cabecera, ha explicado Fernández-Pro, porque son ejemplo de implicación y dedicación, “y soportamos con ellos –y como ellos– las listas de espera, la falta de acceso a las pruebas complementarias... la precariedad de un sistema plasmada en su eje vertebrador”, la Atención Primaria, el nivel asistencial más cercano y accesible al ciudadano que pese a los apuros sigue resolviendo más del 85% de las consultas de salud que se les plantean. Para él, “eso es gracias a la implicación y profesionalidad de su plantilla”, que sigue dan-

do lo mejor de sí para paliar la falta de inversión y las limitaciones que generan los recortes. “Si hace diez años pedíamos que la inversión del gasto sanitario para Atención Primaria debía ser el 20%, a día de hoy no solo no hemos llegado - rondamos de media el 15% - sino que en muchas comunidades ha descendido, aumentando además una presión asistencial que se ha visto acompañada por los recortes”, explicaba Antonio Fernández-Pro, “pero aun así el médico de Atención Primaria sigue siendo el mejor valorado y de esa valoración se aprovechan los gestores: existe una gran disociación entre la descripción de situación que realizan y la realidad de un sistema sanitario en el que lo mejor, sin duda, son sus profesionales”.

“El médico de Atención Primaria sigue siendo el mejor valorado y de esa valoración se aprovechan los gestores”

Lo mejor de la Sanidad

La implicación del paciente, vital para reducir la tasa de muertes por enfermedad cardiovascular



Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 30% de l total de fallecimientos cada año

Las enfermedades cardiovasculares continúan a la cabeza como principal causa de muerte en España y son responsables del 30% del total de fallecimientos cada año. Según ha declarado el doctor Miguel Ángel Prieto, responsable del Área Cardiovascular de SEMERGEN, es fundamental que todos los ciudadanos se impliquen y adopten hábitos de vida saludables, ya que esta es la principal forma de prevenir los riesgos cardiovasculares, y de conseguir reducir este alto porcentaje de muertes. De hecho, *“la mitad del descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica observado en España en los últimos años se debe al mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV)”*, ha asegurado el doctor Prieto durante la segunda jornada de las 8as Jornadas Cardiovasculares de SEMERGEN que celebradas en Santander.

La enfermedad cardiovascular de origen ateroesclerótico cons-

tituye también la causa más importante de muerte en todo el mundo. Sin embargo, según precisa el Dr. Prieto, *“es importante recordar que la patología cardiovascular es un continuo que abarca desde los factores de riesgo (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, etc.), pasando por la lesión de órgano subclínica (hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria...), hasta las fases clínicas de la enfermedad cardiovascular establecida (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, ictus o insuficiencia renal), y finalmente, la muerte”*.

res. En el caso concreto del descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica observado en España en los últimos años, *“aunque esto se debió a un mejor control de la presión arterial y del colesterol, no es menos cierto que en este periodo de tiempo aumentó la diabetes y la obesidad en los varones y el hábito tabáquico en las mujeres jóvenes”* ha puntualizado el Dr. Prieto. Además, según este experto, *“el descenso de la mortalidad por infarto de miocardio está siendo más acusado en otros países, como en los Estados Unidos, en donde el control de los factores de riesgo*



La importancia del control de los factores de RCV

El adecuado control de los factores de RCV consigue enlentece la progresión de estas patologías, e incluso puede conseguir que las lesiones regresen a las fases más iniciales de las enfermedades cardiovascula-

parece ser mejor”. Por ello, es imprescindible mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular en cualquier momento del continuo cardiovascular.

Lo mejor de la Sanidad

Primer manual multidisciplinar de Medicina del Dolor



Elaborado por la SED (Sociedad Española del Dolor) y dirigido a médicos que tratan a pacientes con dolor

Un manual de referencia que contribuye a construir una visión global del dolor como un problema que afecta a la mayor parte de la sociedad actual

El 20% de la población española padece dolor crónico, un proceso neurosensorial complejo con grandes repercusiones individuales, sociales, laborales, asistenciales y económicas.

Y es que con el objetivo de mejorar su abordaje, expertos de la **Sociedad Española del Dolor (SED)** han elaborado con, la colaboración de **Grünenthal**, el primer manual de "**Medicina del Dolor**" que es publicado en España.

Dirigido a médicos que tratan a pacientes con dolor, este manual, como explica el Dr. Javier Vidal, especialista en Reumatología en el Hospital Universitario de Guadalajara y profesor clínico de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares y director de este proyecto, "*todo lo relacionado con el proceso doloroso integra un área de conocimiento específica. Los avances fisiopato-*

lógicos, clínicos, de evaluación y terapéuticos, tanto farmacológicos como intervencionistas, justifican esta disciplina denominada 'Medicina del Dolor'".

Por ello, con el firme objetivo de extender este conocimiento entre todos los profesionales que atienden distintos tipos de dolencia, los expertos que han participado en la elaboración de este manual, lo han concebido como una herramienta científica de puesta al día, en la que se recopilan contenidos multidisciplinarios sobre dolor. De esta forma, el documento, la visión global que ofrece, ayuda al médico a entenderlo, y por ende, a abordarlo de la forma más beneficiosa para el paciente.

"*Este libro se ha concebido como un manual actual, innovador, completo, útil, práctico, sintético, visual y con algoritmos diagnósticos o de tratamiento, basados en la evidencia*", afirma el Dr. Vidal que defiende la puesta en marcha del diploma en Medicina del Dolor en España y recomienda la lectura del libro a médicos especialistas de Unidades del Dolor, Medicina Interna, Neurología, Rehabilitación,

Reumatología, Geriátrica, Urgencias y Atención Primaria.

Para el director del proyecto, estamos hablando de un manual de referencia que contribuye a construir una visión global del dolor como un problema que afecta a la mayor parte de la sociedad actual por parte de instituciones sanitarias, universidades, centros sanitarios, médicos y profesionales interesados.

Cabe recordar que existe por parte del Ministerio de Sanidad un documento reciente de consenso interterritorial y multidisciplinar para el abordaje de dolor en España, el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (2014), en el que se recogen directrices y recomendaciones de actuación a diferentes niveles. Este Manual de "*Medicina del Dolor*" de la SED pretende ser una contribución más a sus objetivos.



Lo mejor de la Sanidad

‘MyTherapy’, la aplicación que ayuda al paciente a que no olvide tomar la medicación

Es una “alarma de medicación” para aquellos pacientes que olvidan los tratamientos que los médicos les mandan.

Esta app, sencilla de utilizar, permite registrar toda clase de datos y medicación que, para el usuario, evitará olvidarse de nada

Seguramente más de una vez, al paciente se le olvida tomar la medicación que el médico le ha mandado, a pesar de que el facultativo se lo indique e incida en la importancia que tiene el cumplir con el tratamiento, sobre todo si es duradero. Y es que en los primeros días, se respeta a “rajatabla” la clásica posología de que cada ocho horas hay que tomar la pastilla o sobre de turno, pero a medida que pasan los días, alguna de esas tomas se olvidan o no son dentro del horario establecido. Para evitar esos olvidos está **My Therapy**, una aplicación que no debe entenderse



como una suplantación de la función del médico de prescribir, para nada es eso, y es que simplemente es una “alarma de medicación” para aquellos pacientes que olvidan los tratamientos que los médicos les mandan.

Esta app, sencilla de utilizar, permite registrar toda clase de datos y medicación que, para el usuario, evitará olvidarse de nada. Además, ofrece la posibilidad de crear informes y gráficas que ofrecerá la evolución del paciente.

A través de ‘My Therapy’, cuatro son las grandes opciones que nos vamos a encontrar: medicación, mediciones, actividad o verificación de síntomas. Cada apartado cuenta con sus opciones propias.

- **Medicación:** permite escanear códigos de barras de cajas de medicamentos para añadirlo junto con la hora a la que se debe tomar.
- **Mediciones:** la frecuencia cardiaca, la presión arterial, los niveles de glucosa en sangre, son algunos de los parámetros que podremos medir con este apartado.
- **Actividad:** en este apartado se le recuerda al usuario ejercicios que, en beneficio de su salud debería llevar a cabo, como el caminar, montar en bicicleta o ir al fisioterapia.
- **Verificación de síntomas:** alerta al usuario de cada medición, duración y rutina que precisa su enfermedad y que recogerá en esta app.

Otras de sus funciones es que permite interactuar con amigos y familiares que, siempre y cuando usen esta app, se podrá



compartir nuestros progresos. Además, destacar que cuenta con soporte para relojes inteligentes, lo que facilita al usuario el controlar su medicación desde la muñeca.

My Therapy que, se puede descargar y utilizar de forma gratuita en Android e iOS, está disponible a través de Google Play Store y App Store.