

- Empecemos por invertir más inteligencia en Atención Primaria, lo del dinero viene después
- Atención Primaria atiende cada vez peor a los niños españoles
- “Una de las principales razones de la mala adherencia al tratamiento es la pobre información sobre las ventajas de su cumplimiento”
- Interconsulta electrónica, un avance en la continuidad asistencial
- La importancia del peritaje especializado en las demandas a médicos
- La exposición prenatal al paracetamol puede aumentar los síntomas del espectro autista
- El riesgo de los pacientes exige personalizar el tratamiento de la EPOC
- Nueva investigación podría ayudar a desarrollar analgésicos más eficaces
- UP Calendar, la aplicación para profesionales sanitarios que permite conciliar vida familiar y laboral
- ‘Figure 1’, el Instagram para médicos, ya disponible en español y portugués

“Una de las principales razones de la mala adherencia al tratamiento la pobre información sobre las ventajas de su cumplimiento”



Empecemos por invertir más inteligencia en Atención Primaria, lo del dinero viene después

Lo mejor de la Sanidad

Empecemos por invertir más inteligencia en Atención Primaria, lo del dinero viene después

“Me refiero a hacer un proceso de trabajo intelectual de recoger datos para convertirlos en inteligencia organizativa”

La situación de la Atención Primaria en nuestro país es precaria. Debate viejo y propuestas tampoco nuevas, pues ambas cosas, como suele ser habitual, son recurrentes en el tiempo



Que nadie se dé por aludido ni se ofenda. Cuando hablo de inteligencia me refiero a hacer un proceso de trabajo intelectual de recoger datos para convertirlos en inteligencia organizativa: datos, información, conocimiento y finalmente inteligencia es la secuencia a la que me refiero.

Noticias aparecidas recientemente, así como los debates que se han venido produciendo sobre asuntos sanitarios en la eterna campaña electoral que por el momento ha tocado a su fin, han puesto de manifiesto, entre otras cosas, la precaria situación de la

atención primaria en nuestro país. Debate viejo y propuestas tampoco nuevas, pues ambas cosas, como suele ser habitual, son recurrentes en el tiempo.

Y no es mi intención entrar a debatir cual propuesta entiendo que es mejor o peor a priori, pues lo que vengo percibiendo es el deterioro de una atención primaria con diferentes colectivos responsables. Por una parte, se les acusa a los políticos de no darle la importancia que se merece la atención primaria. Por otra parte, a los gestores se les pide una mayor integración con el hospital, y a la vez nos encontramos a profesionales que se ven minusvalorados por el sistema sanitario y que como colectivo tampoco parecen trabajar por cambiar esta situación. Y, por último, podemos leer algunas reflexiones donde también pa-

cientes ponen su granito de arena a esta situación porque buscan una manera más rápida de acceder a una solución a sus problemas sanitarios por la vía rápida de la urgencia hospitalaria.

En mi modesta opinión, no sé quién tiene la razón, pero razones todo el mundo parece tener. Desde que la vieja figura del médico de familia, especialmente en las áreas rurales, ha ido progresivamente transformándose en médico de atención primaria, a este se le ha ido vaciando de contenido en su actuación. A la par de una sociedad que cada vez ha ido exigiendo más a la medicina y al sistema. Valga como ejemplo la cuestión de los partos. Mi abuelo materno y aún la generación de mi padre, en zonas rurales especialmente se atendían partos en el propio domicilio.

Lo mejor de la Sanidad

Empecemos por invertir más inteligencia en Atención Primaria, lo del dinero viene después (y II)



Progresivamente fuimos pasando a la atención del parto en centros hospitalarios, cuestión que esta que nadie cuestiona. Pero ahora, en un paso más de exigencia, la madre no quiere dar a luz en ningún centro que no tenga UVI Neonatal.

Oímos y leemos sobre la necesidad de invertir más para mejorar la atención primaria. Y yo pido que lo que hay que hacer es invertir más reflexión basada en el análisis objetivo de la realidad de la misma. Aplicando lógicas como la oferta y la demanda que no es exclusiva de las actividades sujetas a las reglas del mercado.

Me explico con un ejem-

plo, Lo primero que habría que hacer es analizar la distribución de los profesionales en función de la demanda de actividad real. Sin tocar nada en materia de cartera de servicios, de mayor resolución, etc. Eso vendría después. *Ceteris paribus* que decimos los economistas para simplificar los análisis. Y hacerlo abandonando el criterio de asignación de cupos por médico, pues la intensidad de cuidados de ese cupo va venir determinado por factores como son la de la media de edad, niveles de renta, tasa de utilización de recursos privados, ubicación del centro, etc.

Dicho con un ejemplo, si alguien a las doce de la mañana se acerca por una ciudad dormitorio y con alta penetración de la atención privada como puede ser Boadilla del Monte en Madrid se va a encontrar a los profesionales prácticamente ociosos y esperando que algún paciente entre por

la puerta. Sin embargo, a esa misma hora, si uno se pasa por un centro de salud del centro de Madrid, por ejemplo, se va a encontrar casi con total seguridad a profesionales saturados por la demanda.

Ahora supongamos que un gestor, no falto de razón, entiende que hay que distribuir los recursos y a la profesionales de manera más eficiente y en función de la demanda. Podría encontrarse que lo profesionales, también con su razones, le saquen la normativa para decirle que es olvide pues su puesto de trabajo está claramente definido dónde está e incluso los horarios o turnos del mismo. El paciente, ajeno con toda razón del mundo a estas cuestiones, decide no esperar una cola para ser atendido y que supone no pocas veces un trámite administrativo para darle el pase a otras “ventanillas del sistema” para poco a

poco ir resolviendo su problema de salud, y se marcha a otra puerta, la de urgencias, donde se resuelve el problema completo en el mismo día, con los problemas que esto tiene pues esta demanda frena la capacidad de atender la demanda de servicios conocida como “programada”.

Y podría seguir. En fin que “entre todos la matamos” y mientras que no replanteemos la figura y el papel de la mal llamada medicina primaria, cualquiera de los parches que se plantean, por mucho dinero que se les meta, me temo que no van a lograr que la cosa cambie.

**Antonio
Burgueño
Jerez**

Lo mejor de la Sanidad

Atención Primaria atiende cada vez peor a los niños españoles

Las condiciones en las que se atiende a los niños españoles en Atención Primaria son cada vez peores. Un tercio de los profesionales que atienden las 6400 plazas



de pediatras de Atención Primaria en España no son pediatras, sino médicos de familia sin la formación requerida para obtener el título de pediatría. Con la llegada del verano y las vacaciones de los profesionales esta situación se agrava, ya que las 6400 plazas apenas se refuerzan, traspasando el problema a los pediatras que no están de vacaciones y empeorando la calidad y el tiempo de atención de los que atienden a nuestros niños.

La situación, lejos de ir

mejorando cada año, empeora por momentos según datos de la Organización Médica Colegial (OMC). De los pediatras que actualmente atienden en Atención Primaria un 30% estará jubilado antes de 10 años sin que las autoridades hayan aplicado medidas suficientes para compensar esta deriva. Los médicos reconocen falta de incentivos para no especializarse en pediatría de Atención Primaria. Entre los motivos están menor recompensa económica y falta de reconocimiento profesional y académico.

La atención a los niños por parte de pediatras, en vez de por parte de médicos de familia, es un sistema que se ha demostrado mucho más eficiente económicamente en los países desarrollados, al demostrar mayor capacidad de resolución de los problemas de alta prevalencia en niños y adolescentes, mejores resultados en las actividades preventivas y más altas coberturas vacunales. "Numerosos estudios

avalan la conveniencia de la atención al menor por parte de pediatras. Tomar medidas para consolidar esta realidad generaría un doble ahorro, económico y de salud en nuestra sociedad", afirma el Dr. Venancio Martínez, presidente de Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

España desarrolla un modelo de Atención Primaria basado en pediatras desde hace décadas, frente a unos pocos países que realizan un sistema mixto, como el que se está convirtiendo por falta de apoyo de los distintos gobiernos en España, y unos pocos países donde sólo atienden a niños médicos de familia. Los resultados de países con atención exclusiva por parte de los pediatras en Atención Primaria, medidos con indicadores de salud de los niños y por la satisfacción de los padres, son excelentes, y mejores que los de algunos países europeos más

ricos con modelo de Atención Primaria basado en atención por parte de médicos de familia. Otro dato que refleja esta deriva lo aporta la Organización Médica Colegial (OMC). El 67% de los médicos del primer nivel dedica menos de 25 horas al año a su formación dentro de su jornada laboral, pese a que las comunidades reconocen dentro de la jornada laboral del médico 40 horas para actividades formativas. "Esas 40 horas que supuestamente se facilitan son voluntarias, pero muchos no podemos aprovecharlas porque no hay nadie que cubra ese tiempo y en su lugar tienen que responsabilizarse los compañeros", asegura el Dr. Venancio Martínez.



sepeap
Sociedad Española de
Pediatría Extrahospitalaria
y Atención Primaria

Lo mejor de la Sanidad

“Una de las principales razones de la mala adherencia al tratamiento es la pobre información sobre las ventajas de su cumplimiento”

Debido al aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas tienen cada vez más importancia, alcanzando una cifra ya cercana a los 150 millones de pacientes crónicos y una previsión de 171 millones en 2030. **Según algunos estudios, el impacto económico de la falta de adherencia por parte de los pacientes crónicos puede alcanzar un coste estimado de 125.000 millones de euros en toda la Unión Europea (UE), que extrapolándolo a España se aproximaría a los 11.250 millones de euros anuales.**

El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento nació hace cinco años para combatir el incumplimiento del tratamiento sobre todo en las enfermedades crónicas, pero en la también en las agudas. En los países desarrollados la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general se calcula en torno al 50%. **El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) pretende estudiar, investigar, formar e informar sobre todos los aspectos relacionados con la adherencia terapéutica, entendiéndola como el seguimiento de las indicaciones**



farmacológicas y no farmacológicas, y todos los aspectos que los profesionales sanitarios indican a sus pacientes: seguimiento de dietas, nutrición, ejercicio, lucha contra factores ambientales como el tabaquismo, consejos higiénico-dietéticos, autocuidado, etc. La adherencia añade al mero cumplimiento el compromiso explícito por parte del paciente.



capitalradio®



Valor Salud

Todos los viernes de 10h00 a 11h00



Lo mejor de la Sanidad

“Una de las principales razones de la mala adherencia al tratamiento es la pobre información sobre las ventajas de su cumplimiento” (y II)

Una encuesta de ámbito nacional realizada por el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) ha elaborado un análisis para conocer la opinión y la visión del médico ante el acuciente problema de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en España. En la encuesta han participado médicos que desarrollan su labor asistencial en los entornos de titularidad pública y privada, médicos de atención primaria y especialistas. El análisis trata de identificar las enfermedades crónicas consideradas más fáciles y más complejas a la hora de obtener una buena adherencia, conocer la actitud del paciente frente a las diferentes posibilidades terapéuticas e saber cómo controla el médico el grado de adherencia terapéutica de sus pacientes.

Se distribuyeron 14.356 encuestas y se recibieron 1.155 respuestas válidas entre el 10 de noviembre de 2015 y el 26 de febrero de 2016, un número dis-

cretamente superior al calculado para un nivel de confianza superior al 99% y un margen de error del 3,8%.

Entre las conclusiones se puede apuntar que el mayor peso para una mala adherencia lo constituye la pobre información sobre las ventajas del cumplimiento, que los pacientes mayores de 65 años presentan un grado de adherencia discretamente superior a los menores de 65 años, y que las patologías o entidades clínicas en las que resulta más difícil la adherencia a los tratamientos son la obesidad, el tabaquismo o el alcoholismo, así como en enfermedades de carácter psíquico, dislipemias, EPOC o la osteoporosis.

Uno de los elementos fundamentales para el logro de una adherencia terapéutica correcta es el médico. Aunque para optimizar una buena adherencia es fundamental la colaboración de todos los pro-

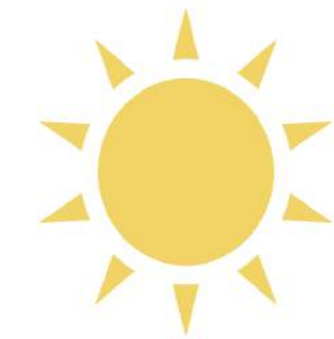
fesionales implicados, así como la del propio paciente y su entorno más inmediato. Es al médico a quien corresponde prescribir en cada caso las medidas oportunas, bien lo sean de carácter farmacológico, bien de cualquier otra naturaleza. Así lo dice la ley y así lo dice también el sentido común. Es tarea suya, igualmente, aunque en este caso lo sea con una responsabilidad más compartida, llevar a cabo el seguimiento oportuno de cualquier forma de tratamiento. En último término creemos que con este análisis ofrecemos a las administraciones, a los profesionales y a la sociedad en general una herramienta importante en un tema del que hasta ahora apenas se disponía de información directa, más allá de indicios o mínimas muestras para problemas muy concretos. Información que podrá ser procesada e utilizada para programas que ayuden a mejorar la situación actual.

Dr. Jose Manuel Ribera, presidente del Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento



Es al médico a quien corresponde prescribir en cada caso las medidas oportunas

El análisis trata de identificar las enfermedades crónicas consideradas más fáciles y más complejas a la hora de obtener una buena adherencia



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

Interconsulta electrónica, un avance en la continuidad asistencial



Hace ya dos años que dentro del **Plan Estratégico de Telemedicina del SERMAS 2014 -2018, (PET)**, se estableció junto con otras acciones, la puesta en marcha de la *e-consulta* con el fin de establecer una continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos asistenciales permitiendo

así una rápida consulta con los distintos servicios hospitalarios que colaboran de manera proactiva con los médicos de Atención Primaria. Tras dos años de implantación, la experiencia no puede ser más positiva. Todos los hospitales, y casi todos sus servicios tienen establecido un protocolo de comunicación a través de la red, facilitando de esta forma la resolución de las dudas surgidas en el transcurso de la actividad clínica diaria desarrollada en los centros de salud. Hace años la propuesta del “*médico consultor*” que acudía a los CS era una figura apreciada y solicitada desde los distintos centros, pero la realidad de la actividad diaria dilataba cada vez más estas reuniones, hasta

el punto de ser casi en la inexistentes. Es en este momento cuando se recurre al uso de las nuevas tecnologías para aprovechar el avance en los Sistemas de Información y las comunicaciones y el uso ya habitual por los ciudadanos y profesionales sanitarios lo que posibilita el desarrollo de proyectos que proporcionan un gran número de ventajas para los pacientes, para los profesionales y para la organización, permitiendo así eliminar listas de espera, facilitando el acceso de los pacientes a una consulta con el medico hospitalario sin desplazamiento y con una pronta resolución del problema.

Dra. Carmen Valdés y Llorca
Médico de Atención Primaria



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



Lo mejor de la Sanidad

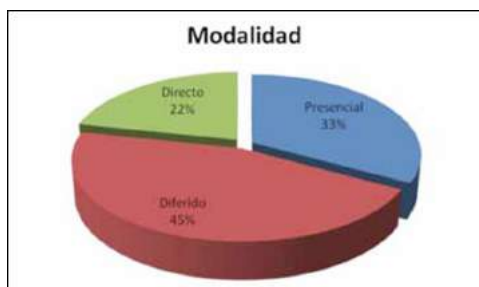
Experiencias de la consulta de Atención Primaria

Interconsulta electrónica, un avance en la continuidad asistencial

Aportamos algunos datos extraídos de la revista *Sociedad Española de Informática y Salud* nº 112 Agosto 2015

La Interconsulta Electrónica (*e-consulta*) es la iniciativa de Telemedicina más frecuente en el SERMAS suponiendo un 31% de las experiencias. Le siguen la TeleConsulta (28%) y la Tele-Monitorización (14%)

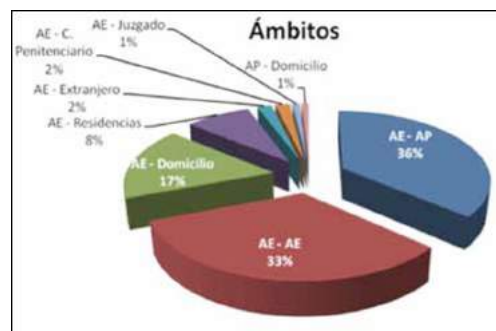
De estos tipos de interconsultas, la comunicación en



Diferido es

la más frecuente suponiendo el 45% de los casos. En segundo lugar se encuentran las experiencias en tiempo real Presencial (con presencia del paciente) (33%) y por último los casos en Directo (sin presencia del paciente) con un 22%.

La mayor parte de las iniciativas se realizan entre los ámbitos de Atención Primaria y Atención Especializada (36%) y entre centros de Atención Especializada (33%). En tercer lugar prevalecen las iniciativas de Telemedicina entre Atención Especializada y el Domicilio del Paciente (17%).



Se detallan a continuación algunos datos de experiencias en Telemedicina (*datos publicados en revista Sociedad Española de Informática y Salud* nº 112 Agosto 2015)

• **Interconsulta Electrónica entre El Hospital La Paz y los Centros de Salud de su área de influencia.**

Se oferta esta posibilidad para 20 especialidades, siendo la media de consultas de 166 al mes y disponible para los profesionales que atienden a una población de más de 505.000 personas.

• **Tele-Consultas entre el Hospital Rey Juan Carlos y las Residencias públicas de su área de influencia.**

Actualmente se realizan para los servicios de Geriátrica, Traumatología y Medicina Interna con una media de 5 sesiones mensuales.

• **Tele-Monitorización entre el Hospital Gregorio Marañón y los pacientes en domicilio.**

Se realiza por el Servicio de Cardiología con unos 128 pacientes.

Es pues una nueva línea de asistencia sanitaria que cada día cobra mayor relevancia favoreciendo la agilidad, eficiencia, y resolución de los problemas de salud en una población que genera cada vez más demanda por la edad y el número de patologías crónicas.

Dra. Carmen Valdés y Llorca. Medico de Familia

Lo mejor de la Sanidad

La importancia del peritaje especializado en las demandas a médicos

Lex Sanitaria

La información que te interesa



Una paciente reclamaba una indemnización de 354.491,71 euros por las secuelas físicas y psicológicas ocasionadas por un supuesto retraso en diagnosticar una obstrucción intestinal y, a consecuencia de ello, la pérdida de un feto de 15 de semanas.

Se demandó a la compañía de su seguro de salud, al hospital donde se le realizaron las tres primeras intervenciones quirúrgicas y a los médicos que intervinieron en ellas.

La paciente acudió a las Urgencias del hospital demandado por estar en el cuadro médico de su seguro de salud. Refería un dolor agudo abdominal, que fue diagnosticado por el doctor de Urgencias como una epigastralgia. Al día siguiente volvió con los mismos síntomas y se le realizó una ecografía abdominal. Tras esta prueba se le intervino de urgencia por necrosis y peritonitis debido a una obstrucción intestinal por bridas avanzada y perforación de ileon. En su estancia en la UCI manifestó los mismos síntomas por lo que se le intervino de nuevo. En esta operación se le resecaron 5 metros del intestino delgado, habiendo perforamiento que le oca-

sionó una peritonitis. Es en este momento en el que sitúa la denunciante el daño irreversible en el intestino. Hay una tercera intervención quirúrgica, donde se resecaron 15 centímetros más y se dejó un ileostoma. A la semana de esta operación es cuando se produce la muerte fetal, pudiéndosele realizar el primer TAC abdominal.

“La prueba pericial señalaba que el TAC no es una prueba protocolizada para estos casos y que en una embarazada está contraindicado”

El alta hospitalaria se le dio a las dos semanas. El resto de las consultas se realizaron en otra clínica del cuadro médico ofrecido por su seguro médico donde se le diagnosticó deshidratación y sepsis, anemia y alteraciones hepáticas, así como derrame pleural bilateral. Se le intervino quirúrgicamente por cuarta y última vez. En esta ocasión cuando se observó que le faltaba un ovario y una trompa de Falopio así como que su intestino delgado medía 90 centímetros y tenía una necrosis del 50 % de ileostomía.

Tras las intervenciones la paciente sufría de diarrea crónica como consecuencia del síndrome de intestino crónico y se le prescribió un tratamiento de hierro intravenoso de por vida.

En cuanto a la mala praxis

La juez sí admitió la responsabilidad por la pérdida de la trompa de Falopio y el ovario derecho, que no se descubrió hasta la última operación

alegada por la demanda se señaló que el primer médico que le atendió en Urgencias no detectó una leucocitosis, indicando que se podría haber diagnosticado correctamente si se le hubiera realizado un TAC abdominal. La prueba pericial señalaba que el TAC no es una prueba protocolizada para estos casos y que en una embarazada está contraindicado. La juez señaló que al existir dudas sobre esta prueba no se podía inferir mala praxis por no realizarla.

En cuanto al retraso en el diagnóstico de los siguientes días no fue tal pues se actuó en un plazo de 24-48 horas, tiempo aceptado en los protocolos. También se consideró que se cumplió con la obligación de información y consentimiento al cumplirse suficientemente con todos las obligaciones en este sentido.

Se sostenía por la acusación además que la técnica utilizada en la primera intervención no fue la correcta al realizarse una resección y anastomosis en vez de una ileostomía. Quedó probado que en todo momento se

consideraron las opciones más conservadoras por el estado de la gestante y que la técnica utilizada fue la menos agresiva.

La siguiente intervención también se consideró correcta al demostrar que tuvo lugar por una complicación debida a la dehiscencia de la sutura de la primera intervención y no por un fallo diagnóstico.

La juez sí admitió, en cambio, la responsabilidad por la pérdida de la trompa de Falopio y el ovario derecho, que no se descubrió hasta la última operación, sin que se pudiera justificar su falta en la documentación clínica, y más cuando se había señalado que se utilizaron las técnicas más conservadoras por el estado gestacional de la paciente.

Finalmente se condenó a la aseguradora del seguro de salud de la paciente al pago de cerca de 92.500 euros por estas extirpaciones al tener una relación contractual con ella. Los médicos y el hospital quedaron absueltos por prescripción de la acción, ya que la relación con la paciente era extrac contractual y había expirado el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad civil.



Lo mejor de la Sanidad

La exposición prenatal al paracetamol puede aumentar los síntomas del espectro autista

Un nuevo estudio ha encontrado que el paracetamol (acetaminofeno), que se utiliza ampliamente durante el embarazo, tiene una fuerte asociación con los síntomas del espectro autista en los niños y para ambos sexos en relación a los síntomas relacionados con la atención y la hiperactividad.

Los niños expuestos persistentemente, mostraron un peor rendimiento

Los ha-

Los hallazgos fueron publicados esta semana en la revista *International Journal of Epidemiology*. Este es el primer estudio de su tipo en reportar una asociación independiente entre el uso de este fármaco durante el embarazo y los síntomas del espectro autista en los niños. También es el primer estudio que reporta diferentes efectos en niños y niñas. Al comparar persistentemente a los niños no expuestos, el estudio ha encontrado un aumento de un 30% en el riesgo de detrimento de algunas funciones de la atención, y un aumento de dos síntomas clínicos del espectro autista en los niños.

Los investigadores españoles

reclutaron a 2644 parejas madre-hijo en un estudio de cohorte de nacimiento durante el embarazo. Un 88% de ellos fue evaluado cuando el niño tenía un año de edad, y el 79,9% fue evaluado cuando tenían cinco años. A las madres se les preguntó acerca de su uso de paracetamol durante el embarazo y la frecuencia de uso se clasificó como "nunca", "esporádica" o "persistente". No se pudieron considerar las dosis exactas ya que las madres no fueron capaces de recordarlas con exactitud. El 43% de los niños evaluados al año de edad y el 41% evaluado a los cinco años fueron expuestos a paracetamol en algún momento durante las primeras 32 semanas de embarazo. Cuando se evaluó a los cinco años, los niños expuestos se encontraban en mayor riesgo de padecer síntomas de hiperactividad o impulsividad. Los niños expuestos persistentemente, mostraron un peor rendimiento en un examen computarizado que mide la falta de atención, la impulsividad y la velocidad de procesamiento visual.

Los varones también mostraron más síntomas del espectro autista cuando fueron expuestos de forma persistente al paracetamol. La autora principal, Claudia

Avella-García, investigadora enCREAL, un centro colaborador de ISGlobal en Barcelona, ha explicado que, "a pesar de que medimos los síntomas y no los diagnósticos, un aumento del número de síntomas que tiene un niño/a les puede afectar, incluso si no son lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico clínico de trastorno del neurodesarrollo".

El co-autor Dr. Jordi Júlvez, también investigador en CREAL, comentó sobre la posible justificación de los efectos del paracetamol en el desarrollo neurológico: "El paracetamol podría ser perjudicial para el desarrollo neurológico por varias razones. En primer lugar, alivia el dolor actuando sobre los receptores cannabinoides del cerebro. Dado que estos receptores normalmente ayudan a determinar cómo las neuronas maduran y se conectan entre sí, el paracetamol podría alterar estos procesos tan importantes. También puede afectar al desarrollo del sistema inmune, o ser directamente tóxico para algunos fetos que pueden no tener la misma capacidad que un adulto para metabolizar este fármaco, o crear estrés oxidativo".

También podría ser una explica-



ción de por qué los niños son más propensos a tener síntomas del espectro autista: "El cerebro masculino puede ser más vulnerable a las influencias nocivas durante las primeras etapas de la vida", dijo Claudia Avella-García. "Nuestros resultados desiguales entre géneros sugieren que una alteración endocrina androgénica, a la que los cerebros masculinos podrían ser más sensibles, puede explicar la asociación".

El estudio concluyó que la exposición generalizada de los lactantes al paracetamol en el útero podría hacer aumentar el número de niños con síntomas de TDAH o del espectro autista. Sin embargo, señalaron que se deberían realizar más estudios con mediciones de dosificación más precisas, y que los riesgos y beneficios del uso de paracetamol durante el embarazo y primeros años de vida deberían ser evaluados antes de hacer las recomendaciones sobre el tratamiento.

Susana Calvo

Lo mejor de la Sanidad

El riesgo de los pacientes exige personalizar el tratamiento de la EPOC

Tres de cada cuatro afectados por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no están diagnosticados y no reciben ningún tratamiento. Una vez que la patología es detectada, es necesario ajustar el tratamiento a cada paciente y evitar las exacerbaciones, o situaciones de crisis, que provocan muchos ingresos hospitalarios y derivan en una alta mortalidad similar a la de los ingresos por infarto. Éstos son algunos de los asuntos que han centrado el Simposio de GSK *El viaje del paciente EPOC*, celebrado en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Granada, en el marco del Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Entre las conclusiones de este encuentro, en el que participó Paul Jones, profesor de Medicina Respiratoria de la Universidad St. George de Londres y Global Medical Expert de GSK, destaca la necesidad de aumentar el diagnóstico. Para ello, de acuerdo con el doctor Bernardino Alcázar, neumólogo del Hospital Alta Resolución de Loja, Granada, y miembro de la SEPAR, “*todos los mayores de 40 años, fumadores o ex fumadores con síntomas, deberían realizarse una espirometría*”, la prueba

para diagnosticar EPOC.

El Dr. Alcázar actuó como ponente de la mesa central del Simposio, titulada *El viaje del Paciente de EPOC: paciente sintomático, exacerbador y triple terapia*. En ella, se abordaron las últimas alternativas de tratamiento y también se trató la actualización de la iniciativa GOLD 2016, un consenso de recomendaciones para tratar la enfermedad de manera homogénea en cualquier parte del mundo y valorar al paciente “*no sólo por su función pulmonar, sino también por el número de exacerbaciones o descompensaciones y cómo afectan a su calidad de vida*”, explica el Dr. Alcázar.

Y es que el objetivo de los neumólogos en el abordaje de esta enfermedad es doble: “*A corto plazo, queremos disminuir los síntomas y mejorar la tolerancia a la actividad física*”, explica el Dr. Alcázar. “*A largo plazo, queremos prevenir las crisis, mejorar la mortalidad y evitar que la enfermedad avance*”. Las exacerbaciones, recordó “*son momentos en los que el paciente tiene un incremento de los síntomas, más dificultad para respirar, durante varios días*”. Esto provoca, en muchos



casos, ingresos hospitalarios y, a lo largo de los siguientes tres meses, uno de cada diez pacientes fallece.

En este sentido, durante el Simposio se abordó la necesidad de evaluar el tiempo hasta el deterioro del paciente, un concepto “nuevo”, de acuerdo con el Dr. Alcázar, que trata de cuantificar cuánto tiempo pasa desde que se suministra un tratamiento hasta que el paciente vuelve a tener síntomas. Éste fue uno de los puntos centrales de la intervención del Dr. Mitra Vahdati-Bolouri, Global Medical Affairs leader de GSK, que explicó la necesidad de aumentar este tiempo con tratamiento farmacológico y apuntó que la doble broncodilatación ha demostrado eficacia en pacientes de EPOC moderados y graves, aumentando su función pulmonar y la capacidad de realizar ejercicio.

En cuanto a la ponencia del profesor Jones, se centró en la triple terapia (la combinación de

dos broncodilatadores y un corticoide inhalado). El Dr. Jones habló de los beneficios de esta terapia y también de la necesidad de emplear marcadores para saber cuáles son los pacientes que más se pueden beneficiar de esta terapia, algo que ya es posible con un análisis de sangre.

El Simposio, en el que también participaron, como moderadores, el doctor Ciro Casanova, coordinador del Área de EPOC de la SEPAR y el doctor Juan Pablo de Torres, de la Clínica Universitaria de Navarra, finalizó con consenso entre todos los expertos reunidos sobre la necesidad de adecuar el tratamiento a las características de cada paciente. “*Desde hace cinco años, hemos aprendido que no todos los pacientes de deben tratar igual. En algunos, el objetivo es eliminar síntomas; en otros, evitar exacerbaciones. Siempre debemos adaptarnos a sus necesidades*”, concluye el Dr. Alcázar.

Lo mejor de la Sanidad

Nueva investigación podría ayudar a desarrollar analgésicos más eficaces

Las células nerviosas que transmiten señales de dolor en el cuerpo se llaman nociceptores. Cuando se activa liberan neuropéptidos pro-inflamatorios. Con el fin de reconocer las influencias externas dañinas, los nociceptores están equipados con una amplia gama de receptores. El canal receptor de la capsaicina, por ejemplo, reacciona fuertemente a la sustancia picante de los pimientos picantes. Otro

dirigido por el Dr. Matthias Engel, Cátedra de Medicina Interna, y el Prof. Dr. Peter Reeh, del Instituto de Fisiología y Fisiopatología, han examinado recientemente una sustancia llamada capsazepina que bloquea parcialmente el receptor de la capsaicina en profundidad. En estudios previos de otros investigadores esta sustancia previno la colitis ulcerosa, una forma de enfermedad inflamatoria del intestino, en ratones.

Sin embargo, un efecto secundario desconocido de la capsazepina debe haber sido el responsable de esto, puesto que los propios experimentos del Dr. Engel demuestran que el receptor de la capsaicina no está implicado en la patogénesis de esta enfermedad inflamatoria. En estos estudios, un inhibidor sintético del receptor de aceite de mostaza no sólo previno la enfermedad del intestino, sino que de hecho la curó.

Esto llevó a los investigadores de la FAU a sospechar que la capsazepina podría tener un efecto inhibitor similar en el receptor de aceite de mostaza. Se sorprendieron al encontrar que la capsazepina no inhibe el receptor, sino que lo activa de

manera muy eficaz. Esto hizo que el receptor se volviera insensible a los estímulos – un fenómeno que también se ha observado con muchos otros receptores. El efecto protector de la capsazepina era, por tanto, debido al hecho de que los nociceptores respondieron menos a sus estímulos y dejaron de liberar neuropéptidos.

Los investigadores también descubrieron que, aunque la capsazepina se administró localmente en el intestino, la piel también paró la liberación de neuropéptidos. Por lo tanto, concluyeron que la capsazepina puede llegar efectivamente a todos los nociceptores del cuerpo a través del torrente sanguíneo y potencialmente desensibilizarlos. ¿Podría ser este el primer paso hacia un nuevo medicamento para el dolor severo? Los investigadores han sabido durante algún tiempo que en principio los nociceptores pueden ser desensibilizados en cualquier área del cuerpo y que esto puede lograrse con grandes dosis de capsaicina. El problema es que esto significa que el cuerpo ya no es capaz de regular adecuadamente su temperatura, el paciente ya no siente dolor debido al calor, y el suministro

La capsazepina puede llegar efectivamente a todos los nociceptores del cuerpo a través del torrente sanguíneo y potencialmente desensibilizarlos.

tro de sangre a ciertos órganos se resiente. Todos estos efectos son permanentes e irreversibles, por esta razón sólo se utiliza la capsaicina para el tratamiento en seres humanos en forma de parches colocados en áreas específicas de la piel o en cremas con una dosis muy baja.

En el estudio, cuando se les administró a los ratones una dosis alta pero tolerable de capsazepina en el transcurso de varios días, la sensibilidad hacia los estímulos químicos y de calor disminuyó gradualmente en todo el cuerpo, mientras que la inflamación en el intestino se evitó al mismo tiempo. Este es un resultado muy prometedor, ya que a largo plazo podría contribuir al desarrollo de analgésicos altamente eficaces para aquellas enfermedades en las que el receptor de aceite de mostaza juega un papel importante. Además de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica, se incluyen la artrosis articular, pancreatitis crónica, enfermedad de Crohn y el asma crónica.

receptor es a veces llamado receptor de aceite de mostaza, ya que se activa mediante una sustancia que se encuentra en la mostaza, el rábano picante y las cebollas. Este receptor, cuyo nombre científico es TRPA1, desempeña un papel clave en la inflamación dolorosa del intestino y el páncreas, así como en el asma.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Florida (FAU),



Lo mejor de la Sanidad



UP Calendar, la aplicación para profesionales sanitarios que permite conciliar vida familiar y laboral

UP Calendar es la aplicación que ayuda a dar un paso de gigante en la conciliación laboral y familiar en el sector sanitario. Esta nueva aplicación, diseñada especialmente para los profesionales de la salud, permitirá a todos ellos gestionar sus turnos de trabajo para así lograr una mejor conciliación entre el trabajo y la familia.

Los turnos de los profesionales sanitarios cambian de un día para otro y muchas veces no es posible avisar a los familiares o amigos cercanos. La nueva aplicación lanzada al mercado se presenta como una solución

para este y otros problemas relacionados con la organización en el ámbito sanitario.

UP Calendar está disponible para los dispositivos Android y iOS. Además se ofrecen constantes actualizaciones para introducir nuevas opciones en la aplicación.

El alma máter de esta nueva aplicación es Javier Buendía Solís que tras haber vivido esta experiencia en sus propias carnes debido al horario de su mujer, enfermera de profesión, decidió que tenía que encontrar una solución a esta situación. *“Si comparas tu vida con un profesional de la salud tienes que*

adaptarte a ciertas circunstancias que enmarcan su día a día. Las complicaciones o cambios en el horario laboral son algunas de ellas” ha explicado el fundador de UP Calendar.

UP Calendar revoluciona la organización de los equipos de trabajo médico y, además, ser una ayuda para todas las familias que cuentan con un profesional de la salud en casa, apoyando la conciliación laboral y familiar.



¡Empieza ya a conciliar tu vida familiar y laboral!

Descarga UP CALENDAR desde:



Descárgate



calendar

Tu App de Gestión de Turnos y Guardias



www.upcalendar.com

Lo mejor de la Sanidad

'Figure 1', el Instagram para médicos, ya disponible en

español y portugués



Desde esta semana, la aplicación 'Figure 1' ya está disponible en español y portugués, y es que con esta app, conocida como el Instagram para médicos, y es que está enfocado al ámbito médico sanitario, los profesionales de la salud ya podrán compartir fotos, preguntas y casos clínicos.

La aplicación, en inglés desde su lanzamiento en 2013, cuenta, según un comunicado de la compañía, con una comunidad de más de un millón de profesionales y con una red de verificación en cerca de 100 países.

Su funcionamiento es similar al de cualquier red social, pero con reglas para mantener la privacidad del enfermo. Al descargar la aplicación gratuita, los usuarios pueden tomar fotografías con su dispositivo móvil, utilizar las herramientas

disponibles para ocultar la información de identificación del paciente, como que no se vean o tatuajes, y usar un formulario de consentimiento con firma digital, adaptado a la legislación de cada país.

La principal ventaja de esta red está en el intercambio rápido de información entre médicos que puede ayudar a realizar diagnósticos y tratamientos de manera eficiente. Destacar como en Estados Unidos que, el 65% de los alumnos de Medicina usan 'Figure 1' según la compañía, pueden acceder a fotos médicas, radiografías, gráficas o resonancias magnéticas para discutir en tiempo real cuadros clínicos.

Un médico de Toronto, el inventor del Instagram para médicos

'Figure 1' fue desarrollado por el médico canadiense Joshua Landy que, considera muy importante el desarrollo de la aplicación en español y portugués. *"Los profesionales de la Salud de Latinoamérica ofrecen un aporte inestimable a Figure 1"*, afirma Landy, quien valora el

trabajo y las condiciones de los médicos en América Latina para solucionar problemas sanitarios.

El servicio, que surgió al ver que los médicos compartían fotos de pacientes o pruebas médicas entre sus colegas para explicar su trabajo o pedir consejo, incluye mensajes privados como novedad de la aplicación en lengua española.

Los defensores de la privacidad, y aquellos que dudan sobre la conveniencia de hacer público el historial o fotos de enfermos, muestran su visión discordante en relación a 'Figure 1'. En este sentido, Landy, médico del Hospital de Toronto, asegura que el respeto al anonimato y a la ética médica está por encima de todas las cosas, y el permiso del paciente siempre se precisa.

Figure 1 se suma al conjunto de redes sociales "verticales" como Sermo o Neomed, que utiliza la comunidad digital para avanzar en la ciencia médica



Ponte en marcha con la tecnología móvil.

Tu Clase V, con Mercedes me connect, siempre controlada. Con un solo vistazo la aplicación para Smartphone proporciona datos y funciones importantes de tu vehículo, como el control de la calefacción, o la apertura de puertas. Y si no recuerdas dónde has aparcado, la función de navegación te indicará el camino. Multitud de funciones al servicio de tu tranquilidad. Para obtener más información, contacta con tu Concesionario Mercedes-Benz o visita www.mercedes-benz.es

Mercedes-Benz

The best or nothing.

