iSanidad
Atención Primaria

www.isanidad.com

N. 22 • JUNIO 2018

•Dr. Fernández-Pro: "El principal copago que tiene el paciente es la lista de espera"

•Una médico de familia amenazada con un cuchillo y retenida 45 minutos en una visita domiciliaria

•Tres Centros de Salud de la Comunidad de Madrid son distinguidos por sus experiencias innovadoras

•La felicidad de los trabajadores sanitarios, prioridad en los Centros de Salud de Madrid

•Un tercio de los españoles sufre dolor a diario

•Una nueva app permite a los pacientes asmáticos llevar un control de la enfermedad

•La vacunación es imprescindible en toda la unidad familiar

•¿Puede convertirse en datos la experiencia del paciente?

•Los antecedentes no conocidos de los pacientes generan demandas

•Es necesario el diálogo, pero sobre todo consensos

Dr. Fernández-Pro: "El principal copago que tiene el paciente es la lista de espera"

Tres Centros de Salud de Madrid son distinguidos por sus experiencias innovadoras

Una médico de familia amenazada con un cuchillo y retenida 45 minutos en una visita domiciliaria

Es necesario el diálogo, pero sobre todo consensos

iSanidad
Atención Primaria

Dr. Fernández-Pro: “El principal copago que tiene el paciente es la lista de espera”

La prioridad es el paciente” y en esta dirección deben dirigirse todas las reformas

La evidencia dice que hacen falta recursos

El dinero lo volcaría en solucionar problemas. Sería la única manera de colocar al paciente en el centro del sistema

Nadie duda de que el sistema sanitario debe pivotar sobre atención primaria. A pesar de esta realidad, el primer nivel asistencial continúa infrafinanciado en un contexto marcado por la presión asistencial. El presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), el Dr. Antonio Fernández-Pro, insiste en que en este entorno cambiante “la prioridad es el paciente” y en esta dirección deben dirigirse todas las reformas.

Cuando aún era consejera de Sanidad de la Comunidad Valenciana, la hoy ministra de Sanidad, Carmen Montón, expresó su objetivo de situar el presupuesto de atención primaria en el 20%, ¿es suficiente?

La evidencia dice que hacen falta recursos. El 20% es una cifra mágica, más que un objetivo de mínimos. No se puede seguir funcionando con presupuestos en diferentes comunidades que rozan el 12%, el 14% o el 15%. Además de eso, todas las modificaciones que se planteen desde el punto de vista de crónicos, de innovación, se plantean en atención primaria con los mismos recursos y sin memoria económica detrás. Siempre digo que cualquier tipo de apoyo político en el sentido de la implicación de primaria en la resolución de problemas tiene que llevar aparejado, para que sea creíble un aumento de presupuesto. Y no un incremento de manera gratuita. Las cosas tienen un valor. Cuando se dice que atención primaria va a atender una serie de consultas. Eso tiene un precio en personal, en recursos, en costes. A partir de ahí deberá tener una memoria económica que deberá acompañar a cualquier modificación o a cualquier innovación. Es de sentido común.

¿Hacia dónde debería dirigirse este incremento presupuestario? ¿A personal? ¿Qué tipo de reformas?

Más que a personal, diría que a resolución de problemas. Los análisis están hechos, los problemas están evidenciados, las deficiencias sabemos cuáles son. El dinero lo volcaría en solucionar problemas. Sería la única manera de colocar al paciente en el centro del sistema. Si el problema surge del flujo del paciente dentro del sistema sanitario, pondría el dinero ahí. Seguramente en homogeneizar, en homologar, en hacer fácil ese flujo. Evidentemente hace falta personal y requiere recursos. Se trata de crear los circuitos suficientes y necesarios para solucionar problemas. Si trabajáramos en ese contexto y después lo valoráramos con respecto a resultados sí podríamos avanzar adecuadamente.

¿Qué prioridades surgen en la solución de problemas?

La prioridad es el paciente. Estamos trabajando en dos prismas muy concretos. En primer lugar, tenemos que aumentar la capacidad resolutiva. El mayor copago que tienen los pacientes son las listas de espera. Nosotros evidenciamos cuando los circuitos no son adecuados. Lo vemos y sabemos cómo solucionarlo. Tenemos que medir. No se trata de que nadie tenga la piedra filosofal y conozca cuáles son las soluciones de los problemas. Aquí de lo que se trata es que habrá que hacer las cosas diferentes para obtener diferentes resultados. Al final el paciente tiene que estar en el eje del sistema y no lo servicios o los profesionales.

(Continua)

iSanidad
Atención Primaria

Dr. Fernández-Pro: "El principal copago que tiene el paciente es la lista de espera"(II)

Tenemos que parar, reflexionar, hacer un punto de inflexión y analizar sobre todo bajo el punto de vista de resultados por dónde vamos, hacia dónde vamos y qué es lo que queremos

La burocracia en la AP ha disminuido de manera clara

Lo que no puede pretender la farmacia comunitaria es prescribir medicamentos.

La presión asistencial es cada vez mayor y al mismo tiempo vemos más estrategias especializadas para determinadas enfermedades que pasan por primera AP, ¿es posible con los recursos que existen?

Cualquier medida que el sistema adopte, si pasa por ser sostenible, si pasa por ser coherente, si pasa por ser posible, tiene que pasar por AP. Pero AP está en una situación difícil, una situación que la estamos viviendo cada día. Ahora mismo las plazas de difícil cobertura, estamos en un verano que serán difícilmente suplidas y los profesionales hacen un verdadero esfuerzo para cubrir todo. ¿Eso qué significa? Cuando se innova o se aplican nuevas situaciones. Cuando en esas nuevas situaciones no han contado con el profesional y ver cómo se pueden implantar en su día a día. Tenemos que parar, reflexionar, hacer un punto de inflexión y analizar sobre todo bajo el punto de vista de resultados por dónde vamos, hacia dónde vamos y qué es lo que queremos. Tampoco se debe plantear esto como una pelea de especialidades. Hay que sentarse bajo el punto de vista de la reflexión, de la normalidad y con el único objetivo de que el paciente esté en el eje. Y en el eje, significa en el centro. De tal manera que todo lo que hagamos sea para disminuir listas de espera y copagos, que al final redundarán en calidad y en beneficio del paciente.

Una de las quejas que tienen muchas veces los médicos de primaria es que deben dedicar demasiado tiempo a la burocracia, ¿cómo se pueden liberar recursos para que el médico esté más tiempo con el paciente?

Es la eterna canción. La burocracia en la AP ha disminuido de manera clara. Evidentemente, la burocracia, por ejemplo, con la receta electrónica, que está implementada en la mayoría del Estado. Lo que hace falta es que sirva, que los sistemas de información no sean mudos y ciegos entre diferentes CC.AA. y a partir de ahí se normalice ese proceso. Eso ha mejorado de manera clara. Los partes de las bajas laborables y de la incapacidad temporal también se han modificado. No ha resuelto el problema al 100% porque ha creado una serie de conflictos. Parece que el profesional se va adaptando a esta nueva situación, pero queda muchísimo por hacer. Lo básico es que cada profesional asuma la carga burocrática que le corresponda y quiero ser muy claro. Si un paciente sale de un hospital no debe salir sin una receta prescrita o sin una unidosis tomada que le haga efecto hasta que vaya a su médico de cabecera. Un paciente no puede salir de alta de un hospital con un papel en el cual se le diga que tiene que seguir un determinado tratamiento. Tendrá que buscar un médico, buscar un punto de atención continuada… Hay un camino por recorrer tremendamente importante y es un camino de honestidad y de responsabilidad, en el que cada profesional, independientemente del nivel asistencial, asuma de manera clara y rotunda en beneficio del paciente cuáles son las cargas asistenciales y burocráticas de cada nivel. Es decir, si cada nivel asume su propia carga burocrática de tareas, todas las que recaen en atención primaria se verían aliviadas de manera importante.

¿Puede ayudar aquí la farmacia comunitaria o cuál debe ser el cauce de colaboración?

La farmacia comunitaria puede ayudar en muchas cosas, siempre que queden claro cuáles son las funciones de cada uno. El médico prescribe y el farmacéutico dispensa. Siempre que se respeten esas premisas, la farmacia comunitaria entrará en juego con absoluta claridad. Lo que no puede pretender la farmacia comunitaria, y lo he hablado con ellos y estamos creando grupos de trabajo conjuntos, es prescribir medicamentos. Eso sería la línea roja que no se debe cruzar.

(Continua)

Sanidad
Atención Primaria

Dr. Fernández-Pro: "El principal copago que tiene el paciente es la lista de espera"(y III)

Cuando llevamos esta conversación a los despachos y hablamos desde el punto de vista teórico las cosas se complican más

No parece de recibo que un sistema sanitario público, que se quiere apoyar en la atención primaria, resulte que esta es absolutamente desconocida para el resto de los profesionales

La recertificación encuentra en 'stand by'

Con el cambio de Gobierno, el Real Decreto de Troncalidad vuelve a quedar en suspenso, ¿cuál es la posición del PSOE sobre la posibilidad de que los futuros médicos roten por los centros de primaria?

Cuando las cosas se hablan en terreno corto es siempre más fácil. Cuando contamos nuestros argumentos para que la troncalidad sea generalista, todo el mundo lo entiende. Cuando llevamos esta conversación a los despachos y hablamos desde el punto de vista teórico las cosas se complican más. Al final el Real Decreto de Troncalidad se paraliza porque no había una memoria económica. Hagámoslo bien, con 'sentidiño' como dicen los gallegos. No parece de recibo que un sistema sanitario público, que se quiere apoyar en la atención primaria, resulte que esta es absolutamente desconocida para el resto de los profesionales.

La mejora tiene que nacer del conocimiento y el conocimiento del medio y saber lo que se puede hacer y lo que no en una rotación de dos o tres meses. No va a solucionar el problema pero sí acercarlo. Siempre digo que no son importante los grandes pasos, que también, sino dar los primeros pasos en el sentido correcto. Siempre que hay un punto de inflexión como la suspensión de la troncalidad o cómo ha habido ahora, pensemos cuál es el siguiente paso para no equivocarnos. Toda esta situación debe llevar a una troncalidad sensata y acorde con las líneas estratégicas de la política de país. Hagamos que todos conozcan la atención primaria desde su inicio.

En cuánto a la recertificación de los profesionales, ¿en qué situación se encuentra?

Se encuentra en 'stand by'. No ha habido ningún cambio ni con el anterior Ministerio ni con este. No es un tema que tenga una prioridad para la clase gobernante. Hay temas de máxima urgencia y este es un tema importante pero no urgente. Es verdad que la normativa europea está ahí. Pesa como una losa y tenemos que darle una solución. Los documentos técnicos están elaborados. Los desarrollos técnicos están hechos, la Comisión de Recursos Humanos lo ha estudiado, lo ha puesto en la calle, las sociedades científicas hemos trabajado en el desarrollo profesional de manera importante, hay grupos dentro de FACME trabajando en las competencias transversales de los profesionales y analizando cuáles son las herramientas que las diferentes sociedades hemos puesto en evidencia con respecto al desarrollo profesional, pero falta la salida por parte del Ministerio del decreto que por otra parte estaba en cola de boletín desde hace mucho tiempo. Al final saldrá. La fecha límite que tenía España para ajustarse a la normativa europea era el 1 de enero de 2016. Nos vamos ya a dos años largos o tres años.

..Juan Pablo Ramírez/ Cristina Cebrián

capitalradio®

Valor Salud
Todos los viernes de 10h00 a 11h00

iSanidad
Atención Primaria

Una médico de familia amenazada con un cuchillo y retenida 45 minutos en una visita domiciliaria

Nueva agresión contra un profesional sanitaria. En esta ocasión ha ocurrido en Zaragoza. El pasado 22 de junio, una médica de familia fue agredida físicamente, retenida en la vivienda durante 45 minutos y amenazada con un cuchillo. No ha sufrido lesiones graves, salvo algunas magulladuras, y sigue sin reincorporarse a su puesto de trabajo dado el estado de shock en el que todavía se encuentra.

Es insostenible la situación de desprotección y desamparo que viven diariamente los profesionales sanitarios de toda España

SEMERGEN ha condenado los hechos contra esta profesional. La sociedad científica ha señalado en un comunicado que "*considera insostenible la situación de desprotección y desamparo que viven diariamente los profesionales sanitarios de toda España, en donde cada vez más frecuentemente se están sucediendo agresiones y situaciones tan lamentables como la recientemente ocurrida, que significan la falta de respeto y la inexistencia de un trato digno a los profesionales que permita ofrecer una óptima atención sanitaria*".

La sociedad científica ha lamentado la "*indefensión a la que tantos médicos de Familia deben enfrentarse diariamente cuando acuden a los domicilios de los pacientes y la que viven en las propias consultas de atención primaria*". SEMERGEN ha advertido de que esta situación repercute "negativamente en la salud de los profesionales sanitarios, así como en la calidad del cuidado del paciente".

SEMERGEN propone la dotación de dispositivos de emergencia que permitan avisar a la Policía Nacional y al Centro de Salud al que pertenece el médico de Familia

La sociedad que preside José Luis Llisterri ha reclamado la puesta en marcha de medidas que sirvan para disminuir "*el riesgo y la indefensión que sufren los profesionales sanitarios, a la vez que se demanda a la administración sanitaria una dotación presupuestaria acorde con las necesidades reales de la atención primaria, en donde el primer nivel asistencial no quede relegado a un segundo plano sin recursos materiales y humanos suficientes*". Entre las medidas, propone la dotación de dispositivos de emergencia que permitan avisar a la Policía Nacional y al Centro de Salud al que pertenece el médico de familia de la situación de riesgo que se está produciendo. Diversas Sociedades Científicas, entre ellas SEMERGEN, y el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza han convocado una concentración para reivindicar una atención a los pacientes más segura y coordinada.

iSanidad
Atención Primaria

Tres Centros de Salud de Madrid son distinguidos por sus experiencias innovadoras

El director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Antonio Alemany, ha inaugurado en el Centro de Salud Canal de Panamá la segunda edición de los premios SEDAP-Ferrer de la Comunidad de Madrid que, organizada por la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), se distinguido tres centros de salud de la región por sus iniciativas innovadoras.

En concreto, el Centro de Salud La Brújula, ubicado en Torrejón de Ardoz, ha recibido el primer premio por el proyecto *El tiempo como estrategia en microgestión: estrategia para mejorar los resultados de indicadores de contrato programa del Centro y cartera de Servicios ligados a cronicidad en un equipo de Atención Primaria*.

SEDAP, sociedad científica centrada en la promoción de la Atención Primaria de Salud

Además se han entregado dos accésits al Centro de Salud El Greco de Getafe, por el proyecto 'Autoevaluación EFQM', y al Centro de Salud Arroyo de la Vega de Alcobendas, por el proyecto 'Fisioterapia y educación para la salud en el dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético'.

Alemany estuvo en el acto acompañado por Marta Sánchez-Celaya, gerente asistencial de Atención Primaria, y Luis Vicente Catalán, director asistencial de la Dirección Asistencial Este de Atención Primaria y vicesecretario de SEDAP. La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria es una sociedad científica centrada en la promoción de la Atención Primaria de Salud.

..Redacción

No da igual.

El servicio de limpieza es un elemento clave en el sector sanitario. En Team Service lo sabemos, y sabemos que no da igual limitarse a “cumplir” que ser un aliado para que nuestros clientes alcancen sus objetivos. Por eso, además de nuestra experiencia en el sector sanitario, les ofrecemos distintas herramientas de gestión y control de calidad. Porque no todo da igual.

Calle Rafael Herrera, 11, 28036 Madrid

917320593 **info@team-service.es**

TEAM SERVICE

Nuestra experiencia, a su servicio.

iSanidad
Atención Primaria

La felicidad de los trabajadores sanitarios, prioridad en los Centros de Salud de Madrid

Cuidar al que cuida, con esta campaña la sanidad madrileña se ha propuesto cuidar a sus trabajadores, desde el bienestar emocional, para que éstos ofrezcan la mejor calidad asistencial a los pacientes. Los Centros de Salud de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz han puesto en marcha una estrategia de estabilidad emocional que incluye medidas preventivas enfocadas a preservar un ambiente psicosocial adecuado para los profesionales, mediante la realización de cuestionarios, charlas informativas y talleres.

Los Centros de Salud de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz han puesto en marcha una estrategia de estabilidad emocional

La gestión de recursos humanos en un entorno saludable ya es una realidad en muchas organizaciones que se han dado cuenta de que 'mimando' a sus trabajadores se consiguen mayores beneficios para el sistema. De hecho, las cifras hablan por sí solas, ya que se ha observado una mejoría en el 83% de los trabajadores que han participado en esta iniciativa. Además, el 85% aprecia una mejora en su satisfacción personal y su autoestima, mientras que el 80% considera que el clima laboral así como la cohesión de grupo han mejorado.

Uno de los impulsores de este proyecto, José Luis Martínez Jiménez, técnico de prevención, salud y bienestar de la Comunidad de Madrid, presentó en el mes de mayo su iniciativa ante los miembros de la Asamblea de Madrid así como en el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, donde explicó que la iniciativa 'Cuidar al que cuida' es "un programa referente de los entornos saludables del país enfocado a preservar un ambiente psicosocial adecuado en el que sus empleados puedan desarrollar su actividad profesional, mientras cuidan y potencian su salud". Verónica Sánchez Niño, otra de las creadoras del proyecto comenta que el plan está enfocado "a la prevención y resolución de problemas emocionales que puedan afectar en el desempeño del trabajo" y añade que la idea surgió fruto de la "detección de problemáticas emocionales de diversa índole y de la constatación de anomalías y disfunciones desde la perspectiva psicosocial".

Metodología de trabajo

Ante los buenos resultados obtenidos, tanto el Ministerio de Trabajo como el Ministerio de Sanidad están trabajando para incorporar el proyecto en sus políticas de empleo y salud y establecer así estrategias sobre el bienestar de los empleados.

Tanto el Ministerio de Trabajo como el Ministerio de Sanidad están trabajando para incorporar el proyecto en sus políticas de empleo y salud

En cuanto a las fases de este proceso psicosocial, previamente a la aplicación de cuestionarios, se realizó una campaña sobre la intervención psicosocial, centrándose en cómo pueden afectar a la salud de los trabajadores los riesgos psicosociales. Tras esto, el trabajo de campo consiste en la distribución de cuestionarios y un seguimiento de cumplimentación de los mismos, siempre de forma anónima y preservando la confidencialidad de los datos de los trabajadores que voluntariamente deciden participar en la encuesta. Una vez analizados los resultados de estos cuestionarios, se realizan entrevistas personales con psicólogos y con el apoyo del personal interno del Servicio de Prevención, de entre 30 minutos y una hora de duración. El objetivo de estas entrevistas es valorar la opinión de los empleados con respecto a su entorno de trabajo, los mandos directivos, condiciones laborales y el ambiente en general.

El objetivo de estas entrevistas es valorar la opinión de los empleados con respecto a su entorno de trabajo, los mandos directivos, condiciones laborales y el ambiente en general

El Comité de Seguridad y Salud tiene un papel clave a la hora de proporcionar credibilidad constructiva a todo el proceso. Además, realiza un seguimiento constante de las intervenciones psicosociales y desarrolla, por tanto, las propuestas, consultas, seguimiento y toma de decisiones. Por su parte, el Servicio de Prevención, que pertenece a todas las estructuras del programa, ejerce de hilo conductor y es quien lidera el proceso. Su intervención es fundamental para analizar e interpretar cualitativamente los resultados de los cuestionarios y entrevistas personales, identificando el origen de las exposiciones concretas a los riesgos. En definitiva, proporciona las garantías técnicas del proceso y su labor está reconocida tanto por la Dirección y Delegados de Prevención así como por los propios trabajadores.

..Cristina Cebrián.

iSanidad
Atención Primaria

Un tercio de los españoles sufre dolor a diario

Un 34% de los españoles admite que sufre a diario algún tipo de dolor, mientras que el 29% lo experimenta de manera semanal. Es una de las conclusiones Barómetro del Dolor, un estudio promovido por Voltadol que analiza el impacto del dolor en la población. La encuesta se ha llevado a cabo entre 24.000 personas de 24 países. En el caso de España, el estudio pone de manifiesto que el dolor corporal es el más común, por encima del dolor de cabeza. En este sentido, los datos desvelan que España es el cuarto país de los participantes en el estudio con más incidencia del dolor corporal (71%) frente al de cabeza (29%). Solo le superan Portugal, Canadá y Australia.

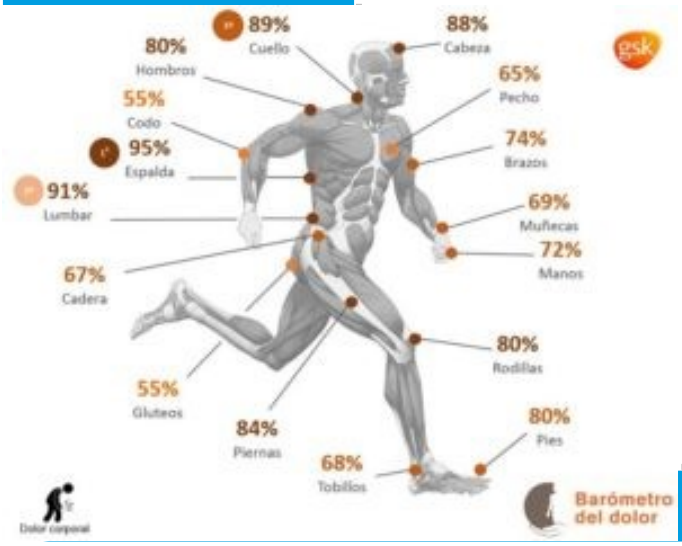
La encuesta muestra que casi la totalidad de la población experimenta algún tipo de dolencia a lo largo del año. En concreto, un 93% de los españoles ha sufrido algún tipo de dolor en los últimos 12 meses, lo que sitúa a España tres puntos por encima de la media global (90%). Existen diferencias entre el dolor corporal. El más común es el de espalda, que afecta al 95% de los encuestados. Le siguen el lumbar, con un 91%, y el cervical, con un 89%.

En concreto, un 93% de los españoles ha sufrido algún tipo de dolor en los últimos 12 meses, lo que sitúa a España tres puntos por encima de la media global (90%)

"Los datos del Barómetro vuelven a poner de manifiesto que el dolor está mucho más presente en nuestra vida cotidiana de lo que pensamos. Desde el área de tratamiento del dolor de GSK, donde contamos con marcas líderes como Voltadol, creemos que el paso inicial es conocer todas las facetas del dolor y como la población se enfrenta a él. Solo de esa forma podremos hacer que la innovación científica contribuya a tratar y aliviar a las personas que lo sufren dolor de forma habitual", afirmó Helen Tomlinson, directora general de GSK Consumer Healthcare Iberia.

El dolor tiene un impacto importante en la calidad de vida y en la economía. En el primer caso, el 88 por ciento de los españoles considera que el dolor afecta a su bienestar general. Afecta a todos los niveles. Un 75% admite problemas en el plano social; un 69%, en el familiar; un 65%, en su vida amorosa. Como consecuencia acaba afectando a las perfsonas que le rodean en el 48% de los casos. "En las consultas de fisioterapia tenemos dos perfiles claramente definidos. Aquellos individuos con una vida sedentaria, que presentan malos hábitos posturales y cargan pesos de manera inadecuada. Por otro lado, aquellos más activos, pero que realizan actividades físicas mal ejecutadas", asegura la fisioterapeuta Cristina García García.

En cuanto al impacto económico, el Barómetro de Dolor refleja que el 72 por ciento de los españoles asegura que el dolor impacta en su vida profesional. El 85% por ciento considera que el dolor le hace ser menos productivo en el trabajo y a la vez les provoca estar menos motivados. Como consecuencia se producen bajas laborales. Cada español faltó una media de 7 días en 2017 al trabajo a causa del dolor lo que supuso una pérdida de 11.129 millones de euros a la economía nacional.



40° Congreso Nacional SEMERGEN

· Palma 2018 ·

Tu salud, nuestra mejor receta

Del 17 al 20 de Octubre de 2018
en el Palau de Congressos de Palma

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP

www.congresonacionalsemergen.com
info@congresonacionalsemergen.com
www.semergen.es

iSanidad
Atención Primaria

Una nueva app permite a los pacientes asmáticos llevar un control de la enfermedad

'Control ASMApp' permite realizar una comparación de resultados en tiempo real

Cerca del 72% de los pacientes asmáticos no tiene un buen control de la enfermedad. Así se desprende del estudio multicéntrico europeo **INSPIRE** y dadas las cifras, el desarrollo de la tecnología en el sector salud juega un papel crucial, ya que puede ayudar mucho. La nueva herramienta *Control ASMApp*, es una de las soluciones tecnológicas que permite mejorar el control del asma y apoyar al especialista en la práctica clínica. Se trata de una aplicación tecnológica avalada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN. Desde el Grupo Respiratorio de SEMERGEN, los doctores José Antonio Quintano y Antonio Hidalgo, como directores de la aplicación, presentaron las características principales de 'Control ASMApp' durante la reunión del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN, celebrada en Torremolinos.

"*Control ASMApp constituye una valiosa aportación para el médico de Atención Primaria y para todos los profesionales que tratan pacientes con asma, que les ayudará a conseguir el mejor seguimiento de estos pacientes*", explicó el Dr. Quintano.

Una de las principales utilidades es que permite realizar una comparación de resultados en tiempo real, a la vez que aporta documentación útil para el médico en la consulta, "promoviendo con todo ello la adopción de medidas personalizadas para alcanzar los objetivos de control", afirmó el especialista.

Este soporte formativo y de apoyo en la consulta queda demostrado por la variedad de utilidades que incorpora la app para el control y seguimiento de pacientes, con posibilidad de registro de datos clínicos en un entorno seguro, amigable y ubicuo; es decir, que cada médico recibe una clave personalizada que le permite el acceso a la plataforma desde distintos dispositivos.

Por su parte, el Dr. Hidalgo añadió que 'Control ASMApp' "incorpora un factor clave en el ámbito de la motivación del profesional, al facilitar el acceso a gráficos en tiempo real, con resultados de los pacientes propios y los datos globales del conjunto de participantes en la red, información global de la evolución del conjunto de pacientes que contribuye a mejorar la práctica clínica personal".

Prevalencia y costes del asma

El asma afecta en nuestro país a cerca del 5% de la población adulta, mientras que en niños de entre 6 y 7 años el porcentaje se sitúa en el 11% y en adolescentes entre 13 y 14 años la cifra disminuye al 9%. Además, no hay que olvidar que alrededor del 50% de los pacientes está sin diagnosticar. Por lo tanto, resulta vital no sólo realizar un diagnóstico precoz sino enseñar a los pacientes a controlar la enfermedad, para mantener una calidad de vida mínima.

El asma afecta en nuestro país a cerca del 5% de la población adulta, mientras que en niños de entre 6 y 7 años el porcentaje se sitúa en el 11%

El coste socio-sanitario es otro de los factores que preocupa respecto a esta patología, ya que según diversos estudios españoles los costes directos e indirectos del asma no controlada pueden ser hasta 10 veces superiores a los del asma que está bien controlada. Por otro lado, cerca de un 2% de los ingresos en hospitales españoles se produce por crisis asmáticas y un 80% de éstos son evitables con un adecuado tratamiento.

iSanidad
Atención Primaria

La vacunación es imprescindible en toda la unidad familiar

Es necesario que exista un esfuerzo coordinado tanto por parte de la sanidad pública como de la sanidad de titularidad privada para que la sociedad tenga acceso a un calendario vacunal único

No existen dudas sobre la importancia de las vacunas como método de prevención de enfermedades infecciosas, así como de complicaciones en todas las etapas de la vida y para cualquier miembro de la unidad familiar, también en el caso de las mascotas. Sin embargo, la inversión en vacunas no ha ganado peso respecto al gasto sanitario público ni en particular en lo referente al gasto en salud pública en el período 2010-2015. En este sentido, es necesario que exista un esfuerzo coordinado tanto por parte de la sanidad pública como de la sanidad de titularidad privada para que la sociedad tenga acceso a un calendario vacunal único, independientemente del área geográfica donde viva o del entorno sanitario que utilice, público o privado.

Un calendario único en el que se incluyan las vacunas recomendadas en todas las etapas de la vida es fundamental. Así se ha puesto de manifiesto durante la reunión del comité de Innovación de la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad), en la que miembros del equipo de MSD abordaron diferentes aspectos de la vacunación, en concreto, los doctores Manuel Cotarelo, director del Área Médica de Virología y Vacunas de MSD; Rosemarie Neipp, responsable de Relaciones Institucionales de la Unidad de Vacunas de MSD; Noelia López, responsable médico de las vacunas VPH en MSD; Belén Pacios, directora de Customer Engagement&Innovation en MSD y Javier Martínez, Commercial Operations Manager de MSD.

Avances en vacunas

Durante la jornada se hizo referencia a los tipos de vacunas que existen y su clasificación tradicional (vivas, inactivadas, toxoides y subunidades) y a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) como una de las de transmisión sexual más comunes en el mundo; de hecho, se estima que aproximadamente el 80% de los individuos sexualmente activos lo pueden contraer en algún momento de su vida.

Por ese motivo, como parte del desarrollo llevado a cabo en los últimos años por parte de MSD se hizo especial hincapié en la importancia de la vacunación frente al VPH, como estrategia preventiva de una infección que puede ser la responsable de la aparición de determinado tipo de tumores como el de cuello uterino, ano, orofaringe y otras lesiones de carácter maligno en otras localizaciones menos frecuentes (vagina, vulva o pene). Los expertos aludieron a la necesidad de concienciar sobre esta enfermedad, promoviendo la educación y animando a los gobiernos y a la sociedad a tomar medidas que ayuden a mejorar la salud tanto de mujeres como de hombres.

El presidente de la Fundación IDIS, Luis Mayero, por su parte, destacó el compromiso de la sanidad privada con el apoyo a las estrategias de inmunización: "*la vacunación es clave para evitar la adquisición de enfermedades (prevención primaria) y evita gastos a medio-largo plazo; por eso, es importante que existan modelos alternativos de financiación de las vacunas que permitan un mayor acceso a la innovación y una mayor sostenibilidad del sistema*".

iSanidad
Atención Primaria

¿Puede convertirse en datos la experiencia del paciente?

El Dr. Enric Benito insistió en que "el cerebro produce conciencia al igual que el hígado produce bilis"

Natacha Bolaños: "Los pacientes son generadores de datos y no solo de datos clínicos. Nos referimos también a la parte social, la cognitiva…"

La evaluación de los datos clínicos es una tendencia hoy en el Sistema Nacional de Salud. Cada vez existen más iniciativas orientadas a este fin en los servicios de salud de las comunidades autónomas. El reto que se plantea ahora es medir las emociones del paciente con el objetivo de poder cruzar la información que se extraiga con los datos clínicos. "*El reto es llevarnos este know-how al ámbito académico. Hemos empezado la investigación y publicado varios artículos científicos*", expuso el Dr. Enric Benito, profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Vitoria, durante la cuarta edición del Foro Premios Albert Jovell, que han organizado la compañía farmacéutica Janssen y Cátedras en Red.

Es una labor que debe llevar a cabo el clínico pero se encuentra con un problema. "*El médico tiene que gestionar sus emociones y las del paciente sin apenas formación*", añadió el Dr. Benito. El profesional debe jugar con el equilibrio entre la compasión y no llevarse los pacientes a casa. Técnicas procedentes de la medicina asiática como la meditación podrían ayudar a "*recablear el cerebro*", argumentó.

El profesor de la Universidad Francisco de Vitoria insistió en que "*el cerebro produce conciencia al igual que el hígado produce bilis*". Ante esta situación, el Dr. Enric incidió en que el profesional debe estar pendiente de aspectos como la conciencia y no solo del ADN.

La especialista en rehabilitación oncológica y coordinadora regional de la Alianza Harmony, Natacha Bolaños, siguió la línea marcada por el Dr. Benito. "*Los pacientes son generadores de datos y no solo de datos clínicos. Nos referimos también a la parte social, la cognitiva…*". La posibilidad de cruzar información procedente de la parte clínica y de las emociones del paciente podría producir cambios en la innovación. Para ello es necesario un primer paso: "*Convertir la experiencia del paciente en datos*".

El director de Investigación de Janssen, Javier Fernández Gadea, coincidió en que se aproxima una transformación en el proceso de la I+D+i. "*El proceso de investigación de un fármaco es un trabajo de altísima precisión. La tecnología nos va a ayudar a que lo hagamos de forma más rápida y ajustada*".

El aspecto emocional y la motivación juegan cada vez un papel más importante en el proceso de curación del paciente. "Influye en una mejora física", subrayó Elena García, doctora en Ingeniería robótica, investigadora del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y fundadora de Marsi Bionics. García ha participado en el desarrollo del exoesqueleto para personas con problemas de movilidad. En la actualidad, la investigadora está llevando una investigación junto al Hospital Ramón y Cajal para el uso en la vida diaria de este exoesqueleto. En lugar de hacer ejercicios e ir al gimnasio, los niños juegan durante dos horas. "*La motivación les ha cambiado la vida. En dos meses ha mejorado la musculatura*", añadió.

Estos cambios requieren orientar la formación de los profesionales. "*Tenemos que amoldarnos para que se sientan escuchados y queridos, Como profesionales prejuzgamos sus necesidades pero pueden cambiar*", explicó Pedro Soriano. "*Les pedimos a los profesionales que confíen en las nuevas tecnologías*".

..Juan Pablo Ramírez

iSanidad
Atención Primaria

Los antecedentes no conocidos de los pacientes generan demandas

El paciente solicitó, por entender una mala praxis en las primeras asistencias que se le prestaron, la cantidad de 20.000 euros por los días de hospitalización, días impeditivos, días no impeditivos y secuela de incapacidad permanente parcial en grado leve

En los casos de responsabilidad civil médica los tribunales exigen la prueba de la negligencia del médico

Un paciente se lesionó la rodilla izquierda y acudió Urgencias donde fue atendido y diagnosticado de lesión de ligamento lateral externo. Se estableció un tratamiento que consistió en pautar Enantyum, Paracetamol, no apoyar la pierna izquierda, hielo local y control 24 horas después. Al día siguiente, el paciente fue atendido por otro doctor, que le trató con un vendaje comprensivo y solicitó una resonancia. Dicha resonancia reveló la rotura completa de LCA, rotura de ambos meniscos, lesión de grado I de ligamento colateral externo e interno, signos de edema-contusión ósea en mesetas tibiales con fractura subcondral asociada y moderado derrame articular y edema intersticial.

Días más tarde se hospitalizó al paciente, que fue dado de alta con el diagnóstico de infarto pulmonar derecho, embolia y trombosis venosa de vasos profundos de la parte proximal de la extremidad inferior izquierda, figurando como factor desencadenante de la ETEV: movilidad reducida lesión traumática. El paciente solicitó, por entender una mala praxis en las primeras asistencias que se le prestaron, la cantidad de 20.000 euros por los días de hospitalización, días impeditivos, días no impeditivos y secuela de incapacidad permanente parcial en grado leve.

Las alegaciones que se presentaron fueron, en primer lugar, que la primera asistencia se limitó a establecer sospecha diagnóstica, sin hacer un diagnóstico definitivo y derivando al paciente a la mutualidad para ser atendido. En esa primera atención, se siguió el protocolo de actuación que consistió únicamente en la realización de radiografía, pero no resonancia. Se alegó también que la actuación del servicio de Urgencias fue correcta porque el paciente no presentaba indicación para el inicio de la profilaxis farmacológica, al tratarse de un paciente menor de cuarenta años, sin factores de riesgo añadidos. Se justificó, asimismo, que las secuelas padecidas derivaban de que la doctora no indicó el reposo absoluto.

Una vez celebrado el juicio, la cuestión se centró en resolver si estaba indicado o no pautar al paciente profilaxis tromboembólica con heparina. Los cuatro peritos que prestaron declaración coincidieron en que los sistemas protrombóticos y anticoagulantes conviven de forma simultánea en nuestro organismo y representan las dos caras de una misma moneda, debiendo mantenerse en perfecto equilibrio; que existen enfermedades que afectan a ambos sistemas y que la prescripción de heparina, como cualquier fármaco que afecta a la coagulación, comporta riesgos, entre los que se encuentra el riesgo de sangrado y complicaciones hemorrágicas. Se añadió que, en la administración de este fármaco, hay diversos instrumentos para la valoración del riesgo y protocolos de actuación, sin que haya consenso sobre el mismo. Debe quedar, en definitiva, a la elección del médico según las circunstancias de cada paciente.

Las conclusiones que se formularon en la demanda son que, en el caso que ocupa, no era un caso en el que esté claramente indicado el inicio de la profilaxis farmacológica. Se aseguró, asimismo, que la mayoría de los profesionales no hubieran prescrito el fármaco, lo que descartó la mala praxis por ser una cuestión que es objeto de debate en la comunidad científica.

Sobre el padecimiento a posteriori del tromboembolismo, se demostró que presentaba heterocigosis para la mutación del gen de la protombina, siendo por tanto una trombofilia hereditaria; circunstancia desconocida por el propio paciente. No existían, por tanto, factores de riesgo.

Finalmente se desestimó la demanda, por entender que la actuación de los distintos profesionales intervinientes era conforme a la lex artis.

Lex Sanitaria
La información que te interesa
UNITECO PROFESIONAL CORREDURÍA DE SEGUROS
DS legalgroup

iSanidad
Atención Primaria

Es necesario el diálogo, pero sobre todo consensos

La convocatoria de la Comisión de Sanidad de este próximo jueves ha pasado desapercibida por la celebración del primer Consejo Interterritorial de la era Montón. También el jueves la ministra de Sanidad se reunirá con los consejeros de las comunidades autónomas para tratar su gran prioridad: el regreso a la universalidad de la asistencia sanitaria.

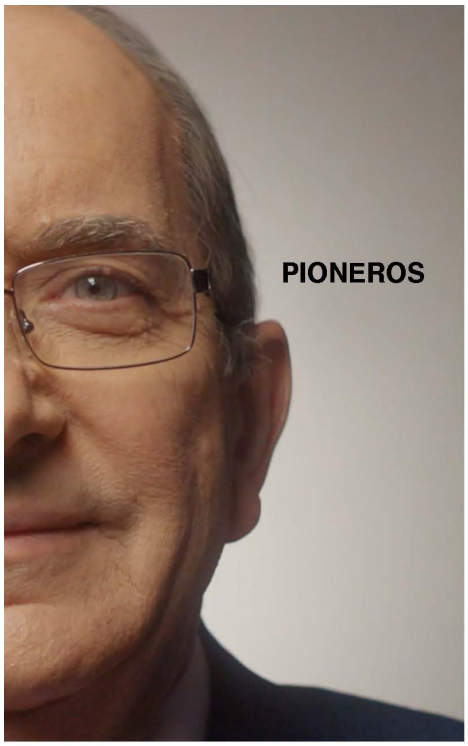
Montón ha prometido diálogo. Diálogo con las autonomías, con la sociedad civil, con los especialistas y con los grupos parlamentarios. Anunciaba la semana pasada su intención de ir paso a paso, con interterritoriales monográficos, para ir solventando todas las tareas pendientes de la agenda del Ministerio, que se ha cargado en exceso en los últimos años. Fundamentalmente por la inoperancia de sus ministros y ministras.

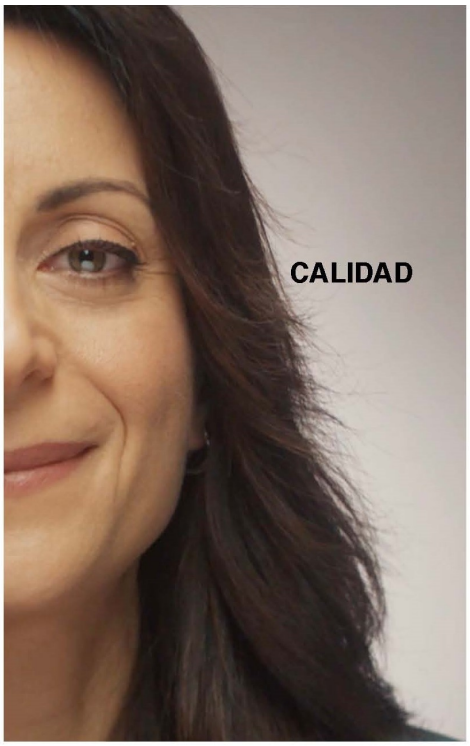
El problema es que diálogo, más brusco o más relajado, ha existido siempre, pero consensos y acuerdos muy pocos. La sociedad anda harta de estas conversaciones en que las partes son incapaces de salir del blanco o del negro. Un ejemplo y vuelvo así a la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados del próximo jueves. Durante esta legislatura hemos visto como la mayoría de las proposiciones no de ley salían adelante, muchas con el apoyo del Partido Popular. Pero el Gobierno miraba para otro lado. Pasó sin ir más lejos con la especialidad de enfermedades infecciosas que recibió el respaldo de todos los grupos parlamentarios. Este jueves si no me equivoco, entre toda la información del Interterritorial, leeremos la noticia de que el Congreso insta al Gobierno a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias.

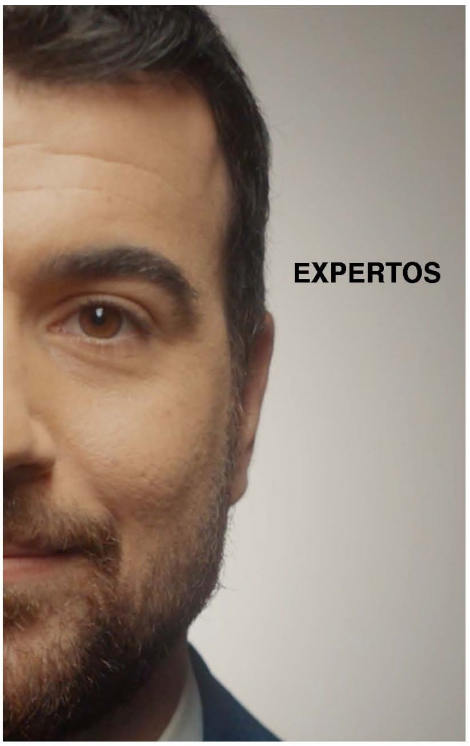
Durante esta legislatura hemos visto como la mayoría de las proposiciones no de ley salían adelante, muchas con el apoyo del Partido Popular. Pero el Gobierno miraba para otro lado

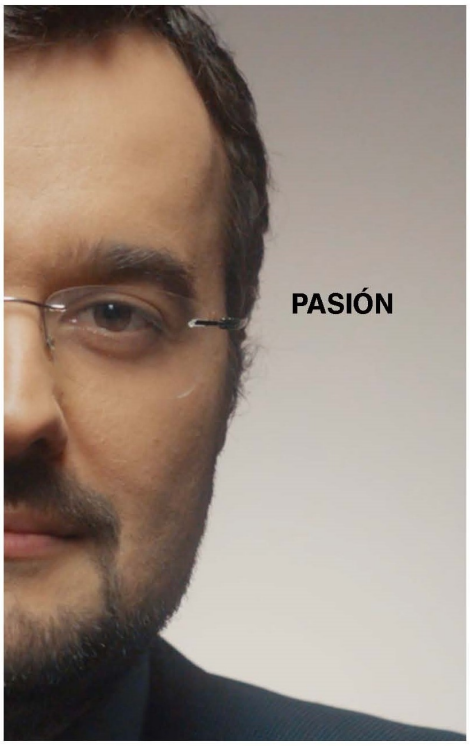
El pasado Ministerio siempre actuó de espaldas a la Comisión de Sanidad. Sería importante que la nueva ministra corrija este error y que el jueves si finalmente sale adelante la PNL del PSOE para la creación de la especialidad de urgencias y emergencias inicie los trámites para su reconocimiento y de paso recupere la petición de enfermedades infecciosas. Ambas especialidades cuentan con el apoyo de las comunidades autónomas. No supondría un coste importante al sistema, puesto que los servicios ya están creados en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud y permitirían la formación de nuevos especialistas.

..Juan Pablo Ramírez
Director de iSanidad. Lo mejor de la Sanidad









PORQUE ERES ÚNICO, TE MERECES UN SEGURO ÚNICO

Lo hacemos todo por ti, podrás ver historias increíbles en:

www.unitecoprofesional.es/somosunicos

El mejor seguro de Responsabilidad Civil Profesional #somosúnicos

UNITECO PROFESIONAL
CORREDURÍA DE SEGUROS

Oficinas Centrales: C/ Pez Volador, 22, 28007 Madrid
Tel.: 91 504 55 16 informacion@uniteco.es
www.unitecoprofesional.es

Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Número J-664. Tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja Nº 14.986-2, folio 142, tomo 10.111. Sección 4ª. C.I.F. B-79325395. Aviso Legal, Política de Privacidad y Tratamiento de Datos de Carácter Personal en: www.unitecoprofesional.es/aviso-legal-uniteco-profesional.