iSanidad
Atención Primaria

www.isanidad.com

N. 23 • JULIO/AGOSTO 2018

•La fidelidad al médico de cabecera por parte del paciente disminuye los índices de mortalidad

•Crean el primer análisis de sangre que detecta melanomas en sus primeras etapas

•Emilio Beneytez (Uniteco): "El consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación"

•El año pasado el 94% de las personas mayores de 65 años acudió a las consultas de Atención Primaria

•La mortalidad por insuficiencia cardiaca en mujeres es mayor que en hombres

•El cribado poblacional, último requisito para la eliminación de la hepatitis C

•En Hepatitis C tenemos que hacer visible lo invisible

•La Comunidad de Madrid implanta la telemedicina en todas las residencias de la región

•El 71% de los profesores de infantil padece fatiga auditiva derivada del ruido en las aulas

•Guiarse por los protocolos y trasladar correctamente la información son claves para evitar condenas por mala praxis

•Agotando el relevo generacional en médicos y científicos

La fidelidad al médico de cabecera por parte del paciente disminuye los índices de mortalidad

Emilio Beneytez (Uniteco): "El consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación"

El año pasado el 94% de las personas mayores de 65 años acudió a las consultas de Atención Primaria

En Hepatitis C tenemos que hacer visible lo invisible

iSanidad
Atención Primaria

La fidelidad al médico de cabecera por parte del paciente disminuye los índices de mortalidad

También mejora la satisfacción de los pacientes, se le da un mayor uso a la promoción de la salud, aumenta la adherencia a los tratamientos y disminuye las estancias hospitalarias

Acudir al médico de cabecera 'de toda la vida' parece que tiene su recompensa, no sólo porque resulte más fácil el trato de un tema tan íntimo y delicado como es nuestra salud, sino porque puede ayudar a prolongar la vida. Así lo demuestra un estudio británico publicado recientemente por la revista científica *BMJ Open* y que señala que una mayor continuidad asistencial por parte de los médicos está asociada con menores tasas de mortalidad. También mejora la satisfacción de los pacientes, se le da un mayor uso a la promoción de la salud, aumenta la adherencia a los tratamientos y disminuye las estancias hospitalarias.

Para elaborar este trabajo, los autores Denis J. Pereira, Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne y Philip H. Evans, analizaron 726 estudios de los cuales sólo 22 cumplieron los criterios de elegibilidad para su investigación. Por lo tanto, desgranaron estos 22 trabajos procedentes de 9 países con sistemas sanitarios muy diferentes. Los investigadores señalan que encontraron "*tal heterogeneidad de métodos de medición de la continuidad y la mortalidad que no fue posible combinar los resultados de los estudios*". Sin embargo, el 81,8% de los estudios de alta calidad apuntaron a un descenso significativo de la mortalidad. Tres de los 22 estudios no mostraron esta asociación y uno demostró resultados mixtos.

Se han realizado ensayos controlados y aleatorios sobre la continuidad asistencial pero ninguno sobre las relaciones existentes a largo plazo o con los índices de mortalidad como resultado

Deterioro de la calidad asistencial

Mientras la salud de los pacientes empeora a medida que avanza la enfermedad y está próxima la muerte, la continuidad de los cuidados se puede deteriorar por diversos motivos, apuntan en el estudio. Algunas de las razones de ese deterioro son "*la movilidad de los pacientes para ajustarse al aumento de las necesidades sanitarias, la necesidad de que haya más médicos especialistas o la pérdida de la capacidad para obtener y acudir a las citas médicas*".

Se han realizado ensayos controlados y aleatorios sobre la continuidad asistencial pero ninguno sobre las relaciones existentes a largo plazo o con los índices de mortalidad como resultado

Por otro lado, el deterioro de la salud podría llevar a una preocupación por parte del médico para asegurarse que el paciente reciba una mayor continuidad en la atención.

Los investigadores explican que se han realizado ensayos controlados y aleatorios sobre la continuidad asistencial pero ninguno sobre las relaciones existentes a largo plazo o con los índices de mortalidad como resultado.

Por ello, apunta a los estudios observacionales como la mejor evidencia posible, ya que controlan de manera rigurosa los factores que llevan a confusión y su diseño limita el impacto de la causalidad inversa.

..***Cristina Cebrián***

iSanidad
Atención Primaria

Crean el primer análisis de sangre que detecta melanomas en sus primeras etapas

La Universidad Edith Cowan de Australia anunció esta semana el desarrollo del primer análisis de sangre capaz de detectar melanomas en sus estadios iniciales, lo que ayudaría a salvar miles de vidas y ahorrar millones a los sistemas de salud.

En concreto, los científicos de esta universidad australiana probaron el método en un total de 209 personas, de las cuales 105 tenían melanoma. Mediante el test pudieron comprobar este tipo de tumor en sus primeras etapas en el 81,5% de los casos, tal y como indica la institución universitaria en un comunicado.

Mediante la detección de los anticuerpos con los que responde el cuerpo humano a la presencia de un melanoma es el modo de proceder del análisis de sangre. Para convalidar el descubrimiento, los científicos pasarán a continuación a los análisis clínicos.

El pasado mes de marzo, expertos del Instituto de Investigación Médica Berghofer QIMR, también Australia, presentaron un test digital que determina con gran precisión el riesgo de desarrollar melanomas en personas de más de 40 años en los próximos tres años y medio.

Teniendo en cuenta un total de siete factores, como la edad, sexo, color de pelo, antecedentes familiares, entre otros, el método calcula el riesgo. En este trabajo, se valoraron los datos de unas 42.000 personas.

El procedimiento funciona mediante la detección de los anticuerpos con los que responde el cuerpo humano a la presencia de un melanoma

Los tres cánceres de piel más frecuentes en el mundo son el melanoma, el carcinoma basocelular y el carcinoma epidermoide, y la probabilidad de que el enfermo lo supere se sitúa entre el 90 y el 95% si es detectado a tiempo.

Cerca de cumplir el primer mes de verano, los consejos para la prevención del cáncer de piel son una constante, y es que se trata del cáncer con mayor número de casos al año y las estimaciones apuntan que al alcanzar los 70 años de edad, una quinta parte de la población lo habrá desarrollado (según la Skincare Foundation).

El ritmo de crecimiento al año del melanoma es del 10%, con hasta 5.000 nuevos casos al año. La buena noticia viene de la mano de la tasa de mortalidad, y es que está disminuyendo a un ritmo del 2,5% anual en la población menor de 50 años. En el estrato que superan esta edad, la reducción anual es solamente del 1%.

..Foto: Edith Cowan University.

El melanoma, el carcinoma basocelular y el carcinoma epidermoide son los tres cánceres de piel más frecuentes en el mundo

iSanidad
Atención Primaria

Emilio Beneytez (Uniteco): "El consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación"

iSanidad. Lo mejor de la sanidad se ha interesado por conocer la opinión de Emilio Beneytez, director de Operaciones de Uniteco, sobre la importancia y el valor de los seguros de RC del médico.

¿Deberían los protocolos de seguridad del paciente empezar por revisar el seguro de RC del médico?

Yo creo que "zapatero a sus zapatos": cada persona debe dedicarse a lo que sabe. El médico y los protocolos deben dedicarse a todo el tema sanitario y deben dejar en manos de un corredor especialista en seguros el tema del estudio de la póliza de responsabilidad civil. Igual que hay profesionales de la sanidad que se dedican a traumatología, urología o ginecología, en el mundo del seguro también existe la misma especialización: debe ser un corredor especialista en Responsabilidad Civil Profesional. En las pólizas de Responsabilidad Civil, la delimitación temporal es crucial y es importantísima.

"Igual que hay profesionales de la sanidad que se dedican a traumatología, urología o ginecología, en el mundo del seguro también existe la misma especialización: debe ser un corredor especialista en Responsabilidad Civil Profesional"

Es decir, podía ser alguna persona que tuviese hecho el seguro desde que se colegió o acabó el MIR, terminarse su vida profesional, y hubiese tenido durante todo el período pólizas de responsabilidad civil, y podía ser que hubiese ido cambiando por motivos: que una compañía se ha ido fuera del mercado, o que le ha interesado otra cobertura; y podría ser que estuviese con la póliza contratada todos los años y estuviese con períodos de descobertura y otros períodos con doble cobertura. Entonces, es importantísimo la delimitación temporal para un cambio de una compañía a otra. Por lo tanto, sería importantísimo que lo dejásemos en manos de un profesional, como una correduría especializada en el sector sanitario.

¿Puede trabajar con tranquilidad un médico que no tenga seguro de Responsabilidad Civil o no lo conozca suficientemente bien?

No debería trabajar con tranquilidad. Por un lado, le va a provocar una intranquilidad total y eso va a conllevar a que haga pruebas de diagnóstico innecesarias, precipitadas en algunos momentos, tratamientos inadecuados… El tener la espada de Damocles por si acaso le llega una reclamación y jugarse su patrimonio de toda su vida, no debería tener ningún profesional sin un seguro de Responsabilidad Civil.

"El tener la espada de Damocles por si acaso le llega una reclamación y jugarse su patrimonio de toda su vida, no debería tener ningún profesional sin un seguro de Responsabilidad Civil"

(Continua)

iSanidad
Atención Primaria

Emilio Beneytez (Uniteco): "El consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación" (y II)

¿Y debe conocer suficientemente bien su póliza el médico?

A grandes rasgos, debe conocerlo y debe saber que es obligatorio, pero a muy grandes rasgos, sin entrar en grandes detalles. El profesional se tiene que dedicar a la Medicina y se debe dedicar a su profesión, y cualquier otro tema que sea de seguros o cualquier otra cosa que tenga que preocuparse, que lo deje en manos de un profesional. Él debe decir: yo tengo que tener una póliza, buscar una correduría especializada en el sector sanitario, que le cubra esto y que deposite la confianza en esa correduría.

No puede estar interesándose ni preocupándose de si esta póliza es buena, es mala, si cubre o no cubre… Es como si va un paciente al médico y le dice al médico por dónde tiene que operarle, cuántos días tiene que estar de baja… No. El paciente va, se pone en manos del médico y el médico actúa. Y, por lo tanto, en el caso contrario, si necesita una póliza de Responsabilidad Civil, tiene que ponerse en manos de un profesional del seguro, especialista en RC Sanitaria y confiar en él.

"Si necesita una póliza de Responsabilidad Civil, el médico tiene que ponerse en manos de un profesional del seguro, especialista en RC Sanitaria y confiar en él"

Historia clínica, consentimiento informado, seguro de RC, reaseguro… ¿Son cuestiones que debe manejar el médico? ¿Se está cada vez tecnificando más el trabajo del médico?

El médico debe saber que el consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación. Eso lo debe saber. El tener una historia clínica bien preparada, el tener un consentimiento informado firmado y explicado, debe saberlo, que en el caso de que tenga una reclamación, va a ser un factor muy importante para condenarle o no condenarle. Pero el resto del reaseguro, concurrencia de seguros, yo creo que no debe saberlo, debe prepararse por si acaso hay una reclamación.

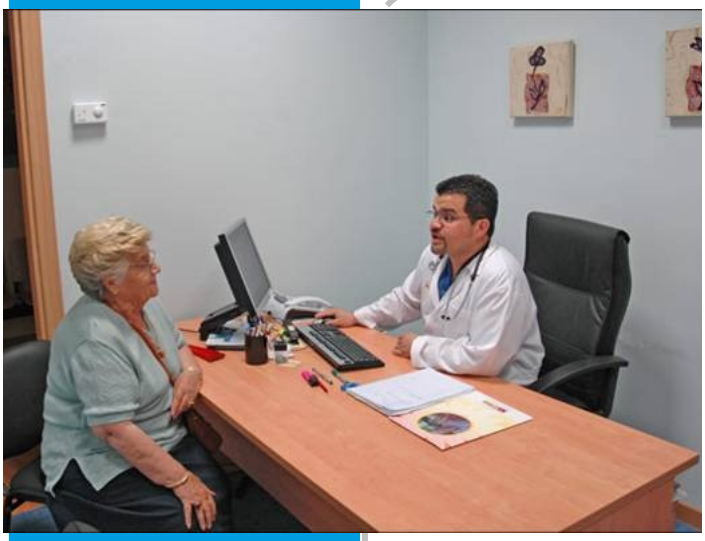
Tenemos que tener en cuenta muchas veces que la sociedad estamos provocando también una sanidad defensiva, es decir, que el médico de alguna forma se está preparando para que en el caso de que le llegue una reclamación, tener preparado toda la documentación y todos los requisitos que le puede llevar el momento de una reclamación. Entonces, debe saber perfectamente que la historia clínica es un factor muy importante, el consentimiento informado otro, porque si no le pueden condenar por el riesgo que está asumiendo el paciente sin conocerlo. Pero, a partir de ahí, no debería saber nada más. De su profesión es de lo que se tiene que estar preocupando y dedicando.

"El médico debe saber que el consentimiento informado y la historia clínica son cruciales en el momento de una reclamación"

..Flor Cid

Sanidad
Atención Primaria

El año pasado el 94% de las personas mayores de 65 años acudió a las consultas de Atención Primaria



A Atención Primaria, como al especialista o al dentista, son las mujeres las que acuden con más frecuencia que los hombres

Las personas con mayores ingresos acudieron con más frecuencia al especialista o dentista que las que presentan ingresos bajos

El 94% de las personas mayores de 65 años acudió el año pasado a las consultas de Atención Primaria y el 72,7% al del especialista, y es que así se desprende de la *Encuesta de condiciones de vida*, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Asimismo, el 81,2% de la población de entre 45 y 64 años visitó a lo largo del año pasado al médico de familia, un porcentaje que entre los de 30 y 44 años se redujo al 73,7%, y entre los de de 16 y 29 años y al 67,2%.

En relación al médico especialista, el 53,6% de la población de entre 45 y 64 años acudió a sus consultas, el 43% de los de 30 y 44 años y el 32,5% de los que tenían entre 16 y 29 años.

Sin embargo, las visitas al dentista mostraron un comportamiento opuesto, ya que el 48,9% de los jóvenes acudió al menos una vez a lo largo del año a la consulta, frente al 38,8% de los mayores de 65 años y, un dato a destacar, tanto a Atención Primaria, como al especialista o al dentista, son las mujeres las que acuden con más frecuencia que los hombres.

Si nos atenemos al criterio de nacionalidad, los extranjeros acudieron menos al médico de familia, al especialista o al dentista que los españoles, así el 52,6% de los españoles acudió al médico especialista, frente al 43,4% de los extranjeros de la Unión Europea (UE) y el 36,1% de los del resto del mundo.

En función al nivel de ingresos, el porcentaje de la población de 16 y más años que acudió al menos una vez al médico de familia apenas varió (78,5% en los hogares con ingresos bajos frente al 79,3% en los de ingresos altos).

Por el contrario, las visitas al especialista o dentista sí presentaron variaciones a tener en cuenta; de este modo, las personas con mayores ingresos acudieron con mayor frecuencia que aquellas que presentaban ingresos bajos (57,7% ante el 43,8% en el caso del especialista, y 60,6% frente al 35,3% en el del dentista).

capitalradio®

Valor Salud
Todos los viernes de 10h00 a 11h00

iSanidad
Atención Primaria

La mortalidad por insuficiencia cardiaca en mujeres es mayor que en hombres

Las tasas de mortalidad por insuficiencia cardiaca son más altas en mujeres que en hombres, y las de hospitalización han aumentado en las mujeres, mientras que en el género masculino disminuyen, y es que así se concluye de un estudio del Instituto del Corazón de la Universidad de Ottawa (Canadá) publicado en la revista *Canadian Medical Association Journal*.

"*Esta es la primera de una serie de estudios para examinar las diferencias de género en incidencia de insuficiencia cardiaca, resultados, atención y acceso en Canadá*", explica la doctora Louise Sun sobre los pormenores de la investigación.

La insuficiencia cardiaca representa el 35% de las muertes cardiovasculares femeninas totales, recuerdan los responsables del estudio. Para comprender esta cuestión, los investigadores de la universidad canadiense analizaron los datos de más de 90.000 pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca en Ontario durante cinco años, entre 2009 y 2014. Del total de casos, el 47% eran mujeres y tenían más probabilidades sufrir múltiples enfermedades crónicas.

En 2011 y 2012, el número de casos nuevos de insuficiencia cardiaca fue más bajo, y aumentó al año siguiente. Dentro del año de seguimiento después del diagnóstico, 7.156 mujeres (16,8%) murieron en comparación con el 14,9% de hombres, un total de 7.138.

Durante el período del estudio, las tasas de hospitalización para las mujeres superaron las tasas del otro género, con 98 mujeres por cada 1.000 hospitalizadas en 2013, en comparación con 91 por cada 1000 hombres.

"*Encontramos que la mortalidad por insuficiencia cardiaca sigue siendo alta, especialmente en mujeres, que los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca disminuyeron en los hombres pero aumentaron en las mujeres, y que las mujeres y los hombres tenían diferentes comorbilidades asociadas*", concluyen los autores.

14 millones de personas en Europa se ven afectadas por la insuficiencia cardíaca, patología que en España se calcula que a unas 500.000 personas, pero lo más preocupante es que su incidencia no deja de crecer por el aumento del envejecimiento de la población y de las patologías asociadas a ella.

Tiene una prevalencia del 7% en mayores de 45 años, porcentaje que se incrementa hasta el 16% a partir de los 75 años y va acompañada de una mortalidad hospitalaria que llega al 10%. Por esta patología cardiovascular, en nuestro país, entre 2007 y 2015 las hospitalizaciones por esta patología aumentaron un 22% en España. Los episodios de hospitalizaciones suelen durar alrededor de nueve días de media y el 16% de pacientes reingresan en los siguientes meses por el mismo proceso.

En España se calcula que la insuficiencia cardiaca afecta a 1,4 millones de personas

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

El cribado poblacional, último requisito para la eliminación de la hepatitis C

Alrededor de 50.000 personas en España no saben que tienen el virus de la hepatitis C. Son las estimaciones de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas (AEHVE), que ha intensificado la campaña en los últimos meses para la implantación del cribado tanto en las poblaciones de riesgo como en la general. La infección oculta resulta más grave aún por la existencia de medicamentos que han curado ya a más de 110.000 personas en España, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, y por la facilidad relativa para implementar los métodos de diagnóstico necesarios para detectar la enfermedad.

Determinadas comunidades como Cataluña y La Rioja han dado pasos orientados a la detección de los casos ocultos

El Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C ha situado a España a la cabeza de Europa en cuanto al número de tratamientos. La parte del diagnóstico del plan avanza de manera más lenta y la identificación de estos pacientes resulta clave para la eliminación de la enfermedad. Determinadas comunidades como Cataluña y La Rioja han dado pasos orientados a la detección de los casos ocultos, pero aún son las menos.
"*España tiene la oportunidad de convertirse en el primer gran país en hacer historia con la hepatitis C, alcanzando un logro extraordinario en salud pública: la eliminación de una infección viral crónica para la que no existe vacuna*", explicó el Dr. Javier García-Samaniego, jefe de Sección de Hepatología del Hospital Universitario La Paz y coordinador de AEHVE, con motivo del Día Mundial de la Hepatitis. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha marcado en rojo el año 2030 como fecha para acabar con la hepatitis C. Nuestro país estaría en condiciones de eliminar el virus en 2022, pero los expertos insisten en que la implantación del cribado poblacional es condición sine qua non para la consecución de este fin.

Un estudio presentado el pasado febrero durante la celebración del 43 Congreso anual de la Asociación Española de Estudio del Hígado (AEEH) advertía de que si las comunidades autónomas no comienza a cribar la población en busca de esa bolsa de infección oculta podríamos llegar en 2022 a una situación de "agotamiento diagnóstico" con cerca de 161.000 pacientes infectados sin diagnosticar.

Otros dos estudios ponían de manifiesto el coste efectividad de la aplicación del cribado poblacional. El primero de ellos concluía que esta estrategia "es coste-efectiva en cualquier grupo de edad, y especialmente entre los 45 y 49 años". Los autores había utilizado una (cohorte Ethon, en la que se incluyeron 12.515 personas. Un segundo estudio aumentaba el rango de edad: "El cribado en población general de entre 20 y 79 años es más coste-efectivo que el de la misma población con factores de riesgo". Consistiría en una sola prueba a lo largo de la vida, siempre y cuando la persona no se exponga a ningún factor de riesgo. La relación coste-utilidad incremental de una estrategia frente a otra fue de 8.914 euros, por debajo del umbral de eficiencia aceptado en España.

Nuestro país estaría en condiciones de eliminar el virus en 2022 implantando el cribado poblacional

Diferente seguimiento requiere la población de riesgo como los presos, usuarios de drogas u hombres que mantienen sexo con hombres. Las posibilidades de reinfección son más altas en estos casos. Un estudio presentado la semana pasada en la 22ª Conferencia Internacional del SIDA (AIDS 2018) por investigadores de GeSIDA (Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC) y de la RIS (Red de Investigación del SIDA) en colaboración con la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid reveló que la reinfección por el virus de la hepatitis C en personas con VIH resultó 28 veces más frecuente en hombres que mantenían sexo con otros hombres (HSH) que en personas con antecedentes de consumo de drogas inyectadas.

La estrategia para la detección de la infección oculta incluye la implantación del diagnóstico en un solo paso. Recientemente, la AEEH, AEHVE, la Sociedad Española de Patología Digestiva y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica alcanzaron un consenso sobre el diagnóstico de la infección activa (anticuerpos y viremia) en una única muestra. Su incorporación permitiría evitar pérdidas de seguimiento que pueden alcanzar hasta el 40% de los pacientes diagnosticados. En la actualidad, un 81% de los centros del Sistema Nacional de Salud estarían preparados para su aplicación, pero solo un 31% lo hace.
..Juan Pablo Ramírez.

iSanidad
Atención Primaria

En Hepatitis C tenemos que hacer visible lo invisible

La revolución no culminará con éxito si no somos capaces de alcanzar el tratamiento del 100%. Todos los pacientes deberían tratarse para controlar el problema de salud pública

..Dr. Fernando Pérez Escanilla. Responsable de Salud Pública de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Desde la aparición de los nuevos antivirales de acción directa en 2014, se ha producido una auténtica revolución en el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), pero esa revolución no culminará con éxito si no somos capaces de alcanzar el tratamiento del 100% de los pacientes infectados. En 2017 han aparecido asociaciones de fármacos que permitirán el tratamiento, independientemente del genotipo viral causante.

Ya han sido tratados más de 100.000 pacientes en España (cada mes lo hace una media de 2.625 infectados), pero cada vez es más difícil la detección de nuevos casos y puede llegar a producirse el "agotamiento diagnóstico" si no se adoptan nuevas fórmulas de cribado. Además, muchos de los pacientes sin tratar pertenecen a las formas clínicas con bajo grado de fibrosis. Se estima que en nuestro país existen 200.000 pacientes con infección activa: 70.000 no diagnosticados, 65.000 diagnosticados y no tratados, y otros 65.000 en control hospitalario.

Es importante saber que la infección por el VHC se cura, que los tratamientos actuales alcanzan tasas de respuesta viral sostenida (RVS) ≥95%, con pocos efectos adversos y pautas orales cortas. En caso de rescate, casi cura el 100 %; que la curación se traduce en una disminución de las complicaciones hepáticas y extrahepáticas, así como su coste asociado; y que todos los pacientes deberían tratarse para controlar el problema de salud pública.

Para hacer visible lo invisible en VHC, es necesario que en Atención Primaria se lleven a cabo las siguientes acciones:

1. Se adquiera un compromiso, se implique y participe de forma eficaz.
2. Se coordine con el nivel hospitalario.
3. Realice medidas de prevención primaria.
4. Identifique y evalúe a los pacientes con diagnóstico serológico no revisados en el nivel hospitalario.
5. Incremente el esfuerzo en el diagnóstico mediante estrategias de cribado eficaces.
6. Determine la mejor estrategia de cribado. Microcribado o cribado poblacional.
7. Favorecer el diagnóstico en un solo paso.
8. Extender el tratamiento con antivirales de acción directa a nivel global.
9. Acompañar al paciente durante el tratamiento para evitar pérdidas y mejorar la adherencia.
10. Realizar medidas de prevención secundaria y comunitaria para evitar reinfecciones

iSanidad
Atención Primaria

La Comunidad de Madrid implanta la telemedicina en todas las residencias de la región

La Comunidad de Madrid va a implantar de manera progresiva en las 25 residencias de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) el servicio de telemedicina. Esta medida permite que, sin necesidad de que lo pacientes salgan de su residencia, los médicos especialistas y los profesionales de enfermería del hospital de referencia hagan seguimiento de su estado de salud. La comunidad valora esta iniciativa como un "importante avance" en la respuesta sociosanitaria integral y humanizada. La iniciativa beneficiará a los 6.258 usuarios actuales de las 25 residencias que gestiona la Comunidad de Madrid.

El presidente de la Comunidad de Madrid, Ángel Garrido, acompañado de la consejera de Políticas Sociales y Familia, Lola Moreno, y el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, ha presenciado en la residencia de mayores Gastón Baquero de Alcobendas, el funcionamiento de este servicio que se desarrolla en colaboración con el Hospital Central de la Cruz Roja.

Garrido: "Estamos convencidos de la importancia de promover la coordinación sociosanitaria para asegurar una atención integral, continuada y humanizada a los madrileños"

"Estamos convencidos de la importancia de promover la coordinación sociosanitaria para asegurar una atención integral, continuada y humanizada a los madrileños, y especialmente a las personas más vulnerables como son nuestros mayores", subrayó Garrido. En el ámbito de los servicios prestados en los centros, el servicio de telemedicina cuenta con dos modalidades: la televideomedicina que, hasta ahora, permite la consulta con especialidades en dermatología, ortogeriatría y rehabilitación, y a las que se irán sumando otras áreas de actividad; y, la teleenfermería.

A través de la telemedicina, también se realizan sesiones clínicas en las que los equipos profesionales del ámbito sanitario y social intercambian experiencias, actualizan conocimientos y mantienen una formación continua. El presidente de la Comunidad de Madrid ha resaltado la importancia de extender este sistema que "asegura una atención sociosanitaria de calidad sin necesidad de salir del centro residencial". Garrido ha mostrado su agradecimiento hacia los profesionales que hacen posible este programa "por una labor a la vanguardia en su actividad y en el uso de las Nuevas Tecnologías, que ha hecho posible que residencias de mayores y hospitales trabajen en estrecha coordinación".

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

El 71% de los profesores de infantil padece fatiga auditiva derivada del ruido en las aulas

Los profesionales expuestos a altos volúmenes de ruido tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones auditivas. En el caso de los maestros de educación infantil, se ha demostrado que siete de cada diez padecen fatiga auditiva provocada por el ruido y uno de cada dos tiene dificultad para entender el habla. Así se desprende de un estudio elaborado por profesionales de la Academia Sahlgrenska en Suecia. Además, los resultados reflejan que cuatro de cada diez profesores se vuelven hipersensibles al sonido.

Por lo general se trata de un grupo de riesgo mayor que el resto de la población "*y que otras profesiones expuestas al ruido*", apunta la doctora Sofie Fredriksson, especialista en otorrinolaringología en el Departamento de Medicina Ocupacional y Ambiental en la Academia Sahlgrenska. La doctora señala que se trata de un grupo de riesgo "*mucho mayor que las mujeres en general, y también que otras profesiones* expuestas al ruido". Y advierte que "*si no se hace nada al respecto, esto es realmente alarmante. Tenemos que bajar los niveles de sonido, tener unas clases de preescolar más tranquilas*".

Dr. Fredriksson: "Si no se hace nada al respecto, esto es realmente alarmante. Tenemos que bajar los niveles de sonido, tener unas clases de infantil más tranquilas"

Hiperacusia y otras dolencias

De los 4178 maestros de infantil encuestados, el 71% experimentó fatiga auditiva inducida por el ruido, un hecho que les incapacita para escuchar la radio después de la jornada laboral, a modo de ejemplo. Además, en el grupo de control de esta investigación que contó con 4.122 participantes, se observó que esta cifra disminuyó hasta el 32%.

Por otro lado, se observó que el 46% tuvo problemas para entender el habla, en comparación con el 26% del resto. El 39% expresó que, al menos una vez a la semana, experimentaban incomodidad o dolor físico en los oídos por los sonidos cotidianos que no son necesariamente ruidosos en absoluto. La proporción correspondiente con hiperacusia en el grupo de control fue del 18%.

De los 4178 maestros de infantil encuestados, el 71% experimentó fatiga auditiva inducida por el ruido

"*Los maestros de preescolar tienen un riesgo mucho más alto que aquellos que trabajan en entornos con una clasificación de ruido similar. Los síntomas pueden ser desencadenados por el ambiente bullicioso y también es difícil usar protección auditiva*", aclara la Dr. Fredriksson.

La pérdida de audición y los tinnitus, o zumbido en los oídos, fueron los segundos síntomas más comunes que afectaron a las maestras de preescolar, pero en este caso las diferencias con las mujeres en general no fueron tan pronunciadas.

iSanidad
Atención Primaria

Guiarse por los protocolos y trasladar correctamente la información son claves para evitar condenas por mala praxis

En la demanda alegó que había existido una mala praxis porque no se realizaron las pruebas preoperatorias oportunas con el fin de cerciorarse que la técnica empleada era la correcta

El juez dictó sentencia considerando que a la paciente se le hicieron todas las pruebas diagnósticas que vienen establecidas en los protocolos y guías médicas de referencia

Una paciente acudió a la consulta de su doctor porque padecía de una serie de problemas al masticar. En la clínica le hicieron una radiografía y una ortopantomografía, con lo que se observó que los problemas al masticar se debían a una maloclusión esquelética y dentaria. Debido a un contacto irregular entre los dientes del maxilar superior e inferior, al cerrar la boca los dientes no encajaban debidamente en la mandíbula.

Para corregir esta patología se pautó cirugía ortognática. Una cirugía con la que se trataba de buscar el equilibrio entre el maxilar superior e inferior para que la boca pudiese cerrarse correctamente. Sin embargo, la cirugía no tuvo el resultado esperado, porque tras ella no solo persistía el problema de desequilibrio, sino que además como consecuencia de la operación la paciente sufrió parestesia en el nervio bucal y dolor agudo, que la impedía comer.

No obstante, fue sometida a una segunda cirugía ortognática, la cual se desarrolló con total normalidad y resultó un éxito porque se corrigió el desequilibro entre el maxilar superior e inferior. Podía cerrar perfectamente la boca y desapareció la parestesia y el dolor agudo.

Aun así, la paciente decidió interponer demanda, solicitando indemnización por los daños y perjuicios que le había causado el fracaso de la primera cirugía.

En la demanda alegó que había existido una mala praxis principalmente por dos motivos: en primer lugar, no se realizaron las pruebas preoperatorias oportunas con el fin de cerciorarse que la técnica empleada era la correcta y podía practicarse. Sin embargo, no señaló qué pruebas diagnósticas eran, a su juicio, las que debían practicarse y no se hicieron. Por último, añadió que no se informó de los riesgos objetivos e inherentes a la intervención porque no se le facilitó el consentimiento informado. No obstante, posteriormente reconoció que sí se facilitó el consentimiento informado pero que en el mismo no se hacía referencia al riesgo de parestesia ni dolores.

La defensa de los doctores alegó que se hicieron todas las pruebas diagnósticas que vienen establecidas en los protocolos y estándares clínicos, que en concreto son una radiografía y una ortopantomografía. Que para este tipo de casos no era necesario la realización de pruebas diagnósticas adicionales y que, por tanto, las que se hicieron fueron suficientes. Que igualmente, tal es así que eran suficientes que el diagnóstico que se hizo fue el correcto (maloclusión estética y esquelética).

De otro lado, en relación al consentimiento informado, expusieron que este se facilitó a la paciente, donde existía un apartado relativo a las posibles complicaciones y riesgos. Por lo que tuvo una información precisa y detallada de las posibles complicaciones que podrían surgir, entre ellas parestesia y dolores. Por todo lo anterior, se solicitó la desestimación completa de la demanda.

Finalmente, el juez dictó sentencia, acogiendo las alegaciones realizadas por la defensa de la clínica. Así, consideró que a la paciente se le hicieron todas las pruebas diagnósticas que vienen establecidas en los protocolos y guías médicas de referencia, en concreto la radiografía y ortopantomografía. En este sentido, manifestó que la defensa de la paciente apuntaba que no se realizaron las pruebas oportunas, pero, sin embargo, eran incapaz de concretar cuáles eran las que faltaban.

Por otra parte, consideró también que se facilitó a la paciente el consentimiento informado, en el que se indicaban los posibles riesgos y complicaciones inherentes a este tipo de cirugías, por lo que la paciente tuvo un conocimiento preciso y detallado de los riesgos de la intervención, decidiendo conscientemente someterse a ella.

Por todo lo anterior, el juez desestimó de pleno la demanda.

Por último, el juez recordó que, con frecuencia, se olvida que los médicos actúan sobre personas y la intervención médica está sujeta al componente aleatorio propio de la misma. De esta manera los riesgos derivados de las distintas técnicas de cirugía pueden no estar tanto en una mala praxis sino en las simples alteraciones biológicas de cada uno.

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

iSanidad
Atención Primaria

Agotando el relevo generacional en médicos y científicos

La OMC advertía en un estudio de que un 40% de los médicos que trabajan en la sanidad pública lleva 10 años encadenando contratos temporales. En el caso del CSIC, la precariedad afecta al 43% del personal

La estabilidad en el empleo es un paso adelante, pero hay que poner en marcha otros incentivos

Si nadie pone remedio, sanidad y ciencia se van a encontrar con el mismo problema en la próxima década. Las plantillas de nuestros sistemas sanitario y científico se encuentran envejecidas y en riesgo de perder el relevo generacional. En los próximos años se jubilarán alrededor de 45.000 médicos, el 21% de la plantilla del Sistema Nacional de Salud. La edad media de los trabajadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) se sitúa en 53 años, según un estudio reciente del sindicato CC.OO.

Es ley de vida. Nada se puede hacer contra el paso de los años. La única respuesta posible es preparar a las generaciones del mañana para que den continuidad al excelente trabajo que hacen hoy nuestros profesionales sanitarios y nuestros investigadores. El trabajo de las administraciones debe empezar a orientarse a facilitar este relevo generacional. De momento no lo han hecho. La crisis económica ha abaratado el empleo en España, se ha incrementado la precariedad y nuestros jóvenes profesionales deciden probar suerte en el extranjero en busca de unas condiciones laborales justas.

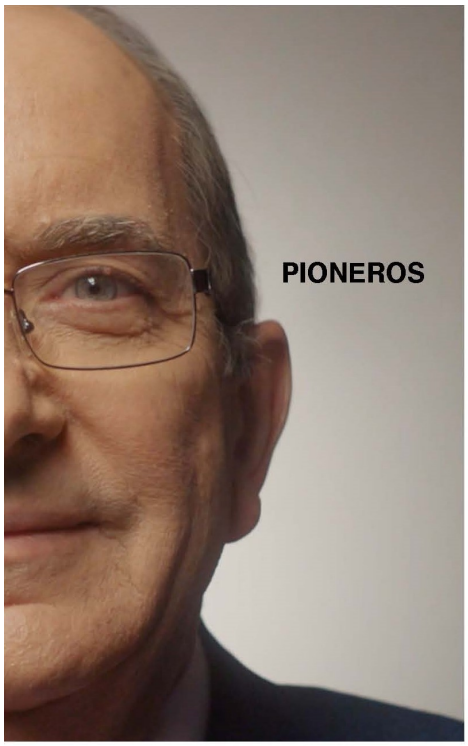
Médicos e investigadores no son ajenos a este problema que afecta a todo el país. Los servicios de salud de las comunidades autónomas calculan que la precariedad asciende al 30% de sus plantillas. La Organización Médica Colegial (OMC) iba más allá. Advertía en un estudio reciente que un 40% de los médicos que trabajan en la sanidad pública lleva 10 años encadenando contratos temporales. En el caso del CSIC, la precariedad afecta al 43% del personal.

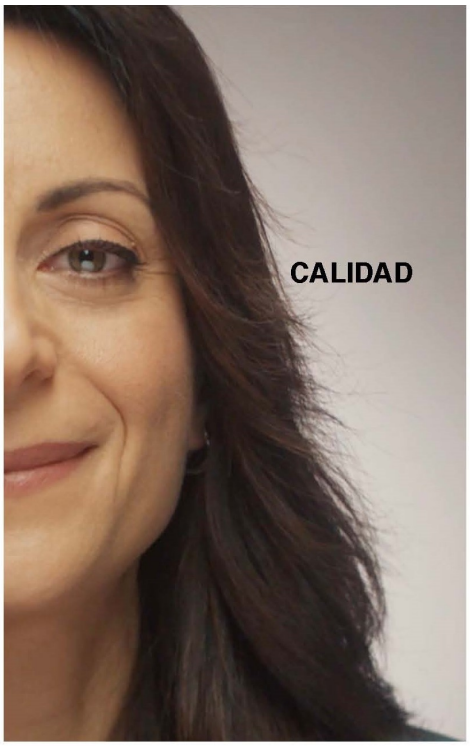
Ante esta falta de reconocimiento, médicos e investigadores se marchan. La OMC advertía hace unos días de que las solicitudes de certificados de idoneidad, el documento que los médicos necesitan para trabajar en el extranjero, han crecido un 6,25% en los seis primeros meses del año. La cifra de científicos españoles que trabajan en el extranjero es incalculable. Incluso se están creando asociaciones de científicos españoles en Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y en muchos otros países.

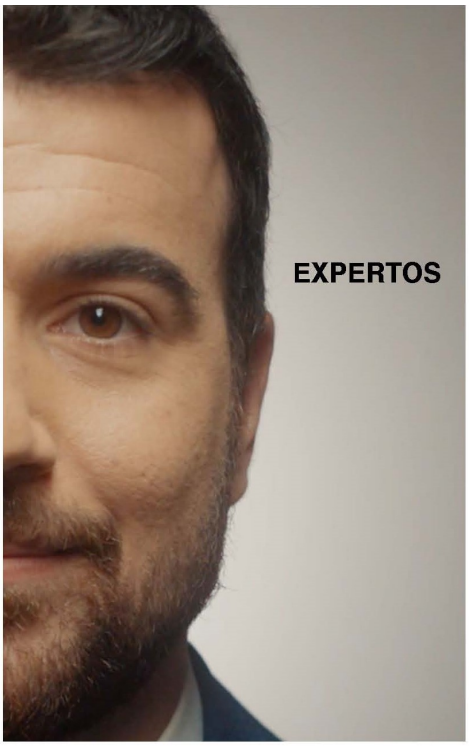
Las comunidades autónomas han puesto en marcha un gran número de ofertas públicas de empleo para reducir la precariedad al 8%. El ministro de Ciencia, Innovación y Universidades, Pedro Duque, anunció la semana pasada que había hablado con el Ministerio de Trabajo para modificar el tipo de contratación y facilitar la vuelta de parte de esa diáspora científica. La estabilidad en el empleo es un paso adelante, pero hay que poner en marcha otros incentivos.

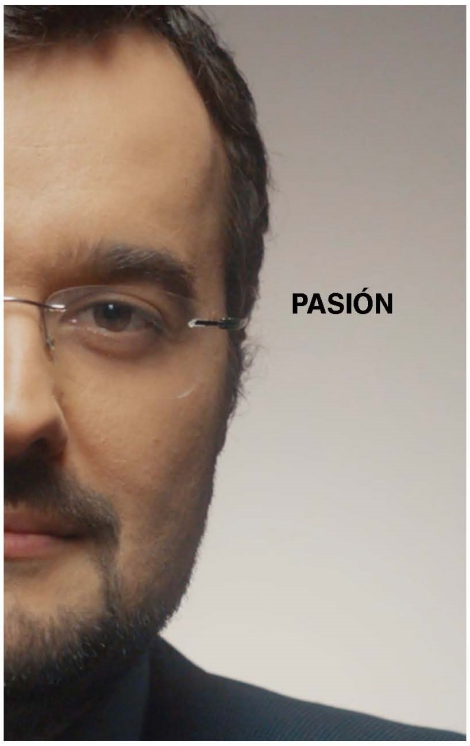
Las retribuciones de los médicos españoles se encuentran muy alejadas de la media de los países de la Organización para la Cooperación ***y el*** Desarrollo Económicos (OCDE). España es el cuarto país por la cola. En peores circunstancias solo se encuentran los facultativos de Chile, Grecia o Estonia. Los alicientes que puede encontrar un científico para volver a España también se reducen. La inversión en I+D+i sigue perdiendo peso. Representa un 1,19% del PIB, muy lejos de 2% de la media europea y la brecha sigue creciendo.

..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.