iSanidad Atención Primaria

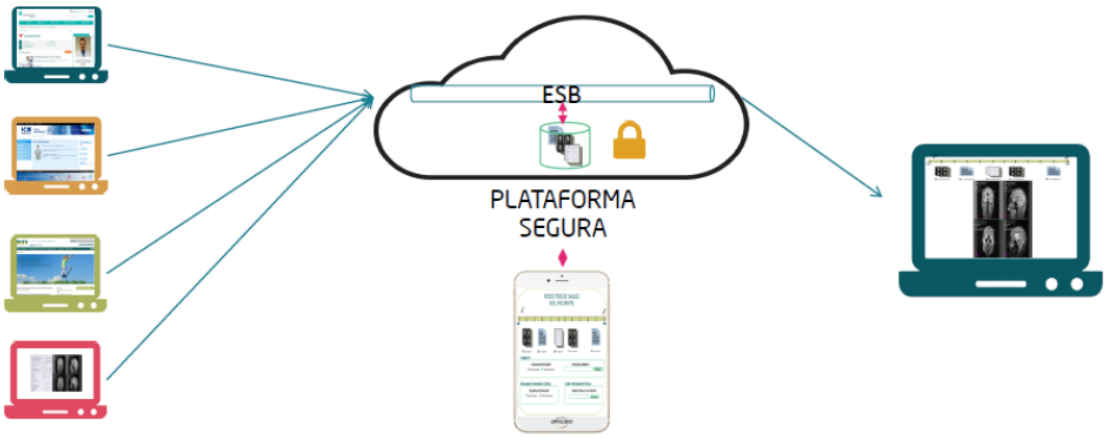
Lo mejor de la Sanidad

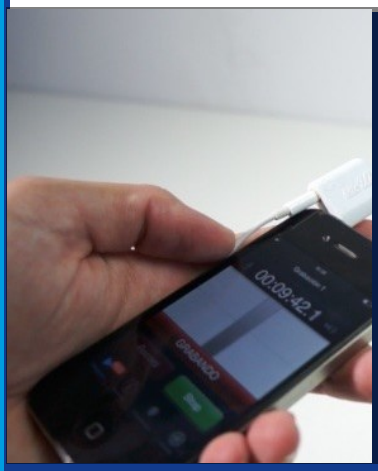
www.isanidad.com

N. 5 • SEPTIEMBRE 2016

- Interoperabilidad: el paciente dará permiso al médico para acceder a la HC
- Antonio Burgueño: La sanidad española no es de primer nivel mundial
- ¿Es legítimo que un paciente realice grabaciones durante mi consulta?
- La comunicación digital mejora la atención al paciente
- No todos los partícipes en un tratamiento son culpables
- 1.774 plazas MIR para la próxima convocatoria, 64 plazas más que en 2016
- Atención Primaria alcanza los 208 millones de consultas anuales y Pediatría supera los 33 millones
- Boehringer presenta datos positivos con tres de sus fármacos para el tratamiento de la EPOC, fibrosis pulmonar idiopática y asma
- Un estudio del Gregorio Marañón demuestra que disminuyen los reingresos por EPOC
- El 80% de las enfermedades cardiovasculares puede prevenirse adoptando hábitos de vida saludables
- Los anticonceptivos hormonales pueden aumentar el riesgo de depresión

Interoperabilidad: el paciente dará permiso al médico para acceder a la HC

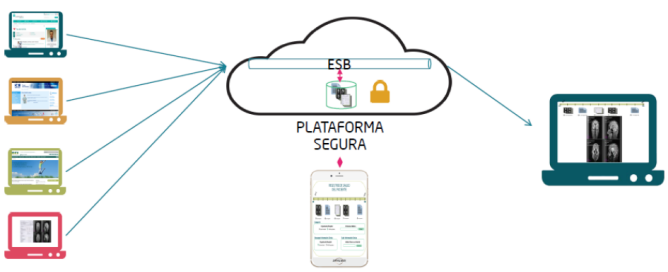




¿Es legítimo que un paciente realice grabaciones durante mi consulta?

La comunicación digital mejora la atención al paciente

Interoperabilidad: el paciente dará permiso al médico para acceder a la HC



La información clínica estará en manos del paciente, a la que dará acceso al médico desde cualquier plataforma

IDIS está desarrollando un nuevo concepto de interoperabilidad dado que existe un consenso global sobre la importancia de compartir la información clínica del paciente y que ha sido el *leitmotiv* de numerosas iniciativas que, sin embargo, no han tenido el alcance suficiente como para materializar los beneficios de la interoperabilidad.

El Dr. Manuel Vilches, Director General de IDIS, ha recordado que el modelo sanitario siempre está en proceso de adaptación y, por tanto se está transformando el modelo asistencial porque es el paciente el que va adquiriendo un rol cada vez más activo en su proceso asistencial, de manera que "*ya no nos vale el modelo asistencial que tenemos ahora*", de hecho, IDIS afirma que "*la administración pública sanitaria, los proveedores de salud y los propios pacientes son cada vez más conscientes de la necesidad de incorporar a estos últimos como parte activa de su proceso asistencial*", hasta el punto de que el paciente será protagonista y se convertirá en el "*actor principal de la interoperabilidad organizativa*".

Las nuevas características de este modelo tienen como punto de partida los avances conseguidos por el HCDSNS y será la industria tecnológica quien deberá aportar soluciones de valor que permitan el desarrollo del modelo. IDIS destaca tres claves de desarrollo esenciales:

- La legislación no puede ser un freno al desarrollo de la interoperabilidad
- La seguridad de la información: un requisito imprescindible
- Se requiere la evolución cultural de pacientes y profesionales para normalizar la accesibilidad de los pacientes a su información

Así, en este nuevo modelo el acceso a la información clínica estará en manos del paciente, con un papel más activo en el cuidado de su salud y una mayor autonomía en el proceso terapéutico. Para Vilches, "*Disponer de la información clínica permite al paciente moverse por el sistema sanitario libremente y garantizando la continuidad asistencial y la eficiencia de los procesos*", quedando los pasos de la siguiente manera:

1. El profesional registra la información clínica en sus sistemas

2. La información disponible para el paciente será al menos la contemplada en el proyecto HCDSNS

3. El paciente podrá acceder a la información y guardar lo que estime oportuno en la plataforma que él determine

4. El paciente podrá acudir a cualquier centro asistencial con toda su información clínica

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

Antonio Burgueño: La sanidad española no es de primer nivel mundial

Para el Dr. Antonio Burgueño la sanidad española no es de primer nivel mundial, de hecho, "*hay al menos a cerca de 11 millones de personas, que cuando su nivel de renta se lo empieza a permitir, compran la alternativa", que es la sanidad privada. La explicación es sencilla, "no es un sistema de primer nivel mundial porque si un señor va hoy a la consulta de medicina familiar le preguntan que cómo viene si no ha pedido cita previa, y él contesta, pero cómo es esto de que tengo que pedir cita previa. Ordene usted la consulta pero yo voy al médico hoy porque hoy puedo y porque además hoy es cuando me he puesto malo*".

El Dr. Antonio Burgueño es una persona que aglutina mucho conocimiento sobre el sistema sanitario, el público, el privado, Atención Primaria… Su historial le permite ser una voz autorizada para explicar porqué la sanidad y los ´médicos están en la situación en la que están ahora mismo. Ha repasado con *iSanidad. Lo mejor de la Sanidad* una cuestión tan esencial como la relación entre los datos de endeudamiento de las comunidades autónomas y el mantenimiento de una sanidad de primer nivel mundial.

> ***"El médico de cabecera me ha mandado a un digestólogo, seis semanas de espera. El digestólogo me ha pedido un escáner, dos meses de espera. ¿De qué estamos hablando?"***

No es de primer nivel mundial, explica Burgueño, porque se dan situaciones de espera complicadas: "*El médico de cabecera me ha mandado a un digestólogo, seis semanas de espera. El digestólogo me ha pedido un escáner, dos meses de espera. ¿De qué estamos hablando entonces?*". Lo que pasa es que España tiene un sistema de satisfacción que va en esa línea del racionamiento y cuando no puede hacer las cosas por el sistema común va por Urgencias del hospital, que es la manera de saltarse la contención de la demanda.

> ***"no es un sistema de primer nivel mundial porque si un señor va hoy a la consulta de medicina familiar le preguntan que cómo viene si no ha pedido cita previa"***

En Madrid hay 2,7 millones de persona que van anualmente a las urgencias hospitalarias, aunque muchas de ellas son leves, "*pero esa levedad permite una criba para extraer alguna de las personas que están esperando un escáner para decir que su dolor de cabeza se corresponde con un tumor cerebral. Que si no se tiene esa habilidad de irse por las urgencias, porque en las urgencias puede tener riesgo el médico, que ante un dolor de cabeza persistente no le pide un escáner, y por tanto le pide un escáner y ahí descubre el pelotazo en la cabeza*".

"*Pero de medicina de primer nivel mundial, que estamos absolutamente mirándonos al espejo y el ombligo constante, está muy lejos de ser de primer nivel mundial*".

Cuanto mayor sea la cultura sanitaria mayor es la demanda del sistema sanitario. "*Barcelona tiene una demanda sanitaria que Madrid satisface con el 30% de la población cubierta por un seguro que te elimina gran parte de la demanda. De hecho Madrid tiene 650.000 ingresos hospitalarios, de los cuales 500.000 hacen sistema público, pero los 150.000 que hacen los privados es porque el señor que se ha ido del sistema racionado a buscar esto. Por eso Madrid genera una menor deuda sanitaria, pero Cataluña genera una gran deuda sanitaria, además el sistema sanitario catalán es más ineficiente que el madrileño, por tanto genera más deuda. ¿Quién no genera deuda? Los que están suficientemente bien pagados, País Vasco y Navarra, los demás todos endeudados, menos Galicia, que es donde ganan más dinero las compañías de seguros y el Estado, porque la demanda es más baja*

..Redacción

¿Es legítimo que un paciente realice grabaciones durante mi consulta?

¿Puede un paciente grabarme mientras le presto asistencia médica?. Esta pregunta nos la hacemos, con cada vez más frecuencia, los médicos y nos planteamos la legalidad de la acción.

Esta nueva disyuntiva está propiciada en gran medida por las nuevas tecnologías y la gran accesibilidad a dispositivos electrónicos de grabación incorporados sobre todo en los teléfonos móviles. Generalmente son pacientes conflictivos, celosos de su intimidad, o preocupados por no obtener lo que buscan, ya sea una baja, la receta de un determinado fármaco, o que se le realice una determinada prueba médica que no viene indicada por su clínica o por sus antecedentes.

Las personas que graban las consultas lo hacen con el fin de poder utilizar el contenido como instrumento de presión y generar así inquietud y malestar en el médico por la posible manipulación que de la misma se pueda realizar o la utilización de esta grabación, teniendo en cuenta que quien graba lo hace por regla general de manera premeditada.

La primera cuestión que se plantea es si es posible y lícito que seamos grabados en el lugar de trabajo. Según nos informan desde un gabinete jurídico experto en temas sanitarios, el artículo 18.3 CE "*garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial*", cuestión que la sentencia del Tribunal Constitucional del 29 de noviembre de 1984, STC 11/1984, matiza para acercarse más a la cuestión planteada:

"Quien graba una conversación de otros atenta, independientemente de toda otra consideración, al derecho reconocido en el art. 18.3 de la Constitución; por el contrario, quien graba una conversación con otro no incurre, por este solo hecho, en conducta contraria al precepto constitucional citado".

De aquí se deduce que la profesionalidad del médico debe ser exquisita en cada conversación con "todos" los pacientes.

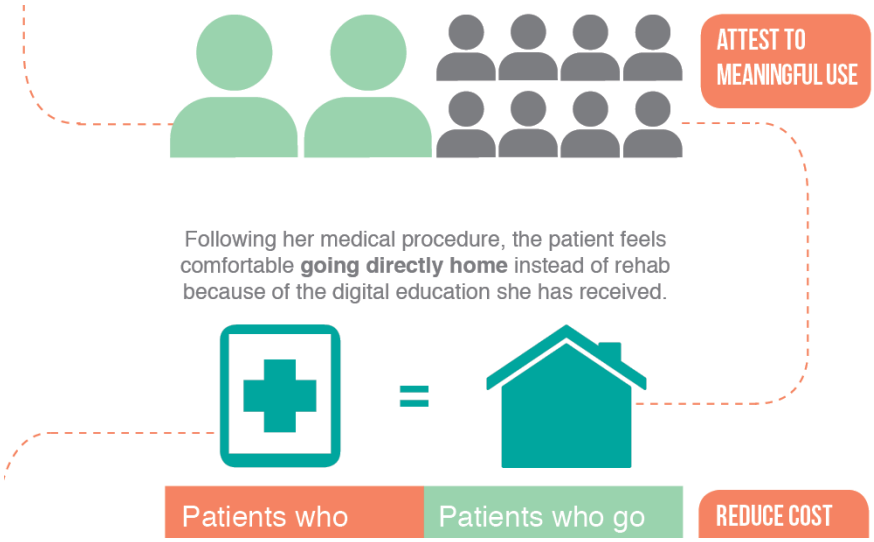
..Dra. Carmen Valdés y Llorca

Médico de Atención Primaria

Las personas que graban las consultas lo hacen con el fin de poder utilizar el contenido como instrumento de presión y generar así inquietud y malestar en el médico

La comunicación digital mejora la atención al paciente

La comunicación digital cada vez tiene mayor importancia en la relación entre el paciente y los profesionales sanitarios. Si la información suministrada al paciente es reforzada de forma digital está demostrado que el coste y la duración de las estancias hospitalarias se reducen, pues la adherencia a los tratamientos es mayor y el enfermo sigue mejor las indicaciones recibidas mientras está bajo supervisión médica. Una infografía (en inglés) realizada por la compañía Ubicare recoge algunas de las claves que convierten a la comunicación digital en un valor cada vez más relevante en el cuidado del enfermo.



Dicha infografía aporta algunos datos significativos que se pueden resumir en los siguientes seis puntos:

- Más del 80% de los pacientes olvidan lo que les es contado en la consulta médica;
- La "educación digital" del paciente mejora su experiencia, favorece su empoderamiento y reduce costes en personal y en la atención general en el hospital;
- La comunicación digital ayuda a responder proactivamente las dudas del paciente y refuerza la información suministrada por el médico;
- El 93% de los pacientes prefieren la comunicación por e-mail con sus médicos;
- El 72% de los usuarios de Internet buscan on line información sobre salud;
- Gracias a la eficacia de la comunicación digital, las enfermeras no son requeridas de forma tan frecuente por el paciente, ahorrando una media de 5 horas a la semana de trabajo;
- Implementar la educación digital del paciente en los procesos habituales del hospital deriva en tasas de readmisión mucho más bajas.

En conclusión, los datos de la infografía sostienen que, con la comunicación digital y una adecuada formación del paciente para saber manejar las herramientas que la conforman, ganan tanto el paciente como todo el personal y el sistema hospitalario en su conjunto.

Para ver la infografía completa, seguir este link

..Ricardo Mariscal. COMSalud

No todos los partícipes en un tratamiento son culpables

En un tratamiento pueden intervenir varios profesionales, así como la clínica o el hospital donde se realiza el mismo, esto no quiere decir que en caso de error todos sean culpables. En estos casos donde el paciente incluye a todos los partícipes en una demanda una defensa especializada puede ser el punto de inflexión para no acabar condenado.

Un paciente demandó a la clínica, a dos doctores que le habían tratado, así como a la entidad que financió el préstamo que había solicitado para un tratamiento consistente en una placa fija de cinco tornillos para sujetar unos implantes. El demandante expuso que, sin efectuar las pruebas para comprobar el estado del hueso y las circunstancias bucales, se le intervino para realizarle unos implantes dentales que perdió al poco tiempo. En la demanda el paciente solicitaba una indemnización de 70.000 euros.

Durante el juicio los peritos del doctor y la clínica expusieron que el alegato de falta de medios diagnósticos era algo totalmente intrascendente ya que lo importante era la mala evolución del tratamiento, debido a la falta de revisiones periódicas. Además la necesidad de estas revisiones venía precisamente expuesta en el consentimiento informado, así como el hábito tabáquico y las fuerzas oclusales no equilibradas producidas por la no rehabilitación programada de la arcada inferior. En primera instancia el proceso finalizó con sentencia que desestimaba la demanda con condena en costas para el demandante. Además se subrayaba la manifiesta falta de pruebas de la parte condenada, ya que no acreditó en ningún momento un nexo de unión entre la actuación enjuiciada y los daños reclamados. Esta sentencia fue recurrida en apelación y los codemandados se opusieron al recurso. La Audiencia Provincial terminó dictando sentencia en la que se estimaba parcialmente la demanda, condenando a uno de los doctores y a la clínica. Dicha sentencia exponía que el doctor no condenado únicamente colaboró con el que sí fue condenado por la retirada de un implante y que esa actuación concreta no podía conllevar condena.

En referencia al tratamiento se expuso que el paciente acudió a la clínica con los implantes sueltos en diferentes días. Al final le ofrecieron la posibilidad de repetir el tratamiento en la parte inferior sin coste y proponiéndole la colocación de una prótesis en la parte superior que, según la sentencia, fue rechazada por falta de confianza. El escrito aclaraba que el tratamiento, por diferentes causas, había sido insatisfactorio y estaba lejos de las expectativas que se le ofrecieron al paciente en un primer momento. Además se manifestaba en la sentencia que existía una cuestión que el juez de instancia no había tenido en cuenta y era de gran importancia.

Esto hacía alusión a que los peritos de la parte demandada concluían en su informe que para completarlo deberían haber tenido copias visibles de las ortopantomografías aportadas y copia del TAC. Esta cuestión hacía pensar que sí habría sido importante haber comprobado la existencia de hueso suficiente lo que, además, fue reconocido por la clínica al haberle ofrecido repetir todo el tratamiento. Por ello se confirmaba que las condiciones de la existencia de hueso era algo importante que no se tuvo en cuenta y que el tratamiento en sí no fue el idóneo.

Finalmente por este motivo se declaraba que este fracaso del tratamiento conllevaba irremediablemente la condena a la clínica y al doctor que realizó el tratamiento completo. La sentencia condenó, tanto al doctor como a la clínica, al pago de una indemnización de 10.000 euros por el importe del tratamiento y las secuelas sufridas, ya que durante el mismo había perdido piezas dentales sanas y se encontraba en una situación bucal peor que la inicial.

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

1.774 plazas MIR para la próxima convocatoria, 64 plazas más que en 2016

A pesar de que Madrid es la Comunidad Autónoma que mayor número de plazas MIR ofrece en la convocatoria MIR, son Castilla La Mancha, Cataluña y País Vasco las Comunidades que más han crecido en número de plazas disponibles, 6 Madrid por 56, 45 y 43 las otras tres.

Solo Galicia, Ceuta y Melilla y Murcia no suben en número de plazas, y porcentualmente Madrid obtiene una subida de 6 plazas totales (0,48%) de las 1249 de 2016 a las 1255 de 2017.

Medicina Familiar y Comunitaria, que pasa de 1690 en 2016 a 1774 en 2017, tiene subidas en Andalucía (de 289 en 2016 a 296 en 2017), en Cataluña (de 281 a 283) y en la Comunidad Valencia (de 158 a 169). Pediatría, que sube solo 13 plazas (de 400 a 413) tiene más plazas en Andalucía (de 59 a 62) y en Cataluña (de 61 a solo 62), pero se mantiene en Madrid y Valencia (80 y 46).

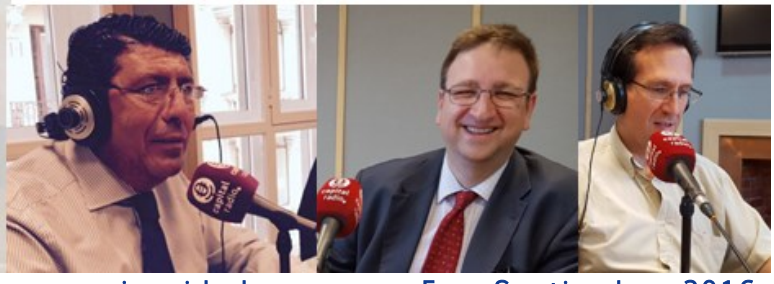
Algunas de las especialidades que más demanda tienen como cardiología tiene un aumento de solo 6 plazas, siendo una de ellas en Andalucía (de 25 a 26), y disminuyendo una en Madrid (de 30 a 29), con Cataluña y Valencia al mismo nivel los dos años (23 y 14).

Dermatología también sube, 5 plazas, manteniendo las plazas Andalucía (10) y Valencia (11), pero subiendo 2 Madrid y 2 Cataluña (de 18 a 20 y de 11 a 13).

..Alfonso González

capitalradio®

Valor Salud
Todos los viernes de 10h00 a 11h00



Atención Primaria alcanza los 208 millones de consultas anuales y Pediatría supera los 33 millones

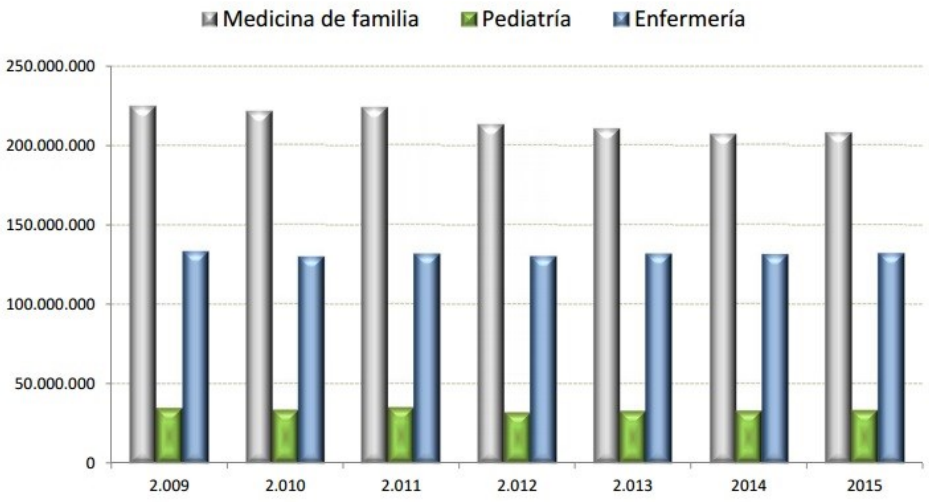
Según las cifras oficiales del Sistema de información de Atención Primaria (SIAP), avalado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2015 se realizaron, durante el horario habitual de trabajo de los centros de atención primaria (centros de salud y consultorios locales) del conjunto del Sistema Nacional de salud, las siguientes consultas:

- Medicina: 241 millones
- Medicina de Familia: 208 millones
- Pediatría: 33 millones

Estos datos reflejan un aumento de visitas de Atención Primaria respecto al año anterior, 2014, año en el que se registraron 239,8 millones de consultas en Medicina, 296,8 en Medicina Familiar, manteniéndose igual la cifra de visitas de Pediatría (33 millones de visitas).

Respecto a la atención domiciliaria, se han registrado 3,4 millones, siendo las personas mayores de 65 años las principales destinatarias de las visitas a domicilio, suponiendo el 85% del total de domicilios realizados por medicina de familia y el 87% de los realizados por Enfermería.

3,4 millones de visitas de atención domiciliaria



Seguros para los Profesionales Sanitarios

y además: Seguros de Salud, Hogar, Autos y todos los seguros disponibles en el mercado

Uniteco funciona, Uniteco te protege

ISO 9001 ISO 14001 BUREAU VERITAS Certification

UNITECO PROFESIONAL
CORREDURÍA DE SEGUROS

C/ Pez Volador, 22 · 28007
Tel.: 91 504 55 16
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 N 14986-2, folio 142, tomo 10.111 Sección 4. 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

Boehringer presenta datos positivos con tres de sus fármacos para el tratamiento de la EPOC, fibrosis pulmonar idiopática y asma

La farmacéutica Boehringer Ingelheim ha presentado nuevos datos sobre la eficacia de tres de sus fármacos frente a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis pulmonar idiopática y el asma pediátrico.

Spiolto Respimat

Y es que en el marco del congreso de la Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias (ERS, en sus siglas en inglés) que del 3 al 7 de este mes se ha celebrado en Londres (Reino Unido), los resultados muestran como este fármaco, después de ocho semanas, aumenta la tolerancia al ejercicio, tanto en el grupo que recibió tratamiento combinado con un programa de ejercicio físico, como en el grupo al que únicamente se le administró 'Spiolto Respimat'. De esta manera mejoró la capacidad de esfuerzo en personas con EPOC moderada o grave en un 45,8% y produjo una mejora significativa (29,2%) en la capacidad de esfuerzo en comparación.

"*Es muy importante cambiar el comportamiento del paciente en este sentido, ya que la pérdida de capacidad para realizar actividades físicas es un marcador de mal pronóstico en los pacientes de EPOC, incluso desde los primeros estadios*", destaca Holger Gellermann, director médico de Boehringer Ingelheim España

Ofev

También se presentaron los últimos datos de un estudio de extensión que avalan la eficacia de nintedanib, comercializado como 'Ofev' que, en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática, demostró un efecto a largo plazo ralentizando la progresión de la enfermedad con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. La variación de los pacientes que continuaron con el tratamiento con nintedanib en el estudio de extensión entre el inicio y la semana 48 y entre las semanas 48 y 96 fue comparable a la observada en pacientes bajo tratamiento activo con nintedanib en las 52 semanas de estudios previos.

Y en dos análisis de subgrupos adicionales se examinó si el alcance de la enfermedad al inicio, evaluado mediante el índice fisiológico compuesto (Compose Physiological Index- CPI) o el nivel de intercambio de gases en los pulmones, podría tener algún impacto en el efecto del tratamiento con nintedanib. Ambos análisis confirmaron el efecto beneficioso de nintedanib independientemente del nivel de deterioro inicial.

"*Además, no se identificaron nuevas advertencias de seguridad. Esto se añade al sólido conjunto de datos que demuestran que 'Ofev' es un tratamiento efectivo y manejable con beneficios evidentes*", explica el profesor Bruno Crestani, director de Neumología y Enfermedades Pulmonares Raras en el Hospital de Bichat (Francia).

Spiriva

En dicho encuentro también fueron presentados los primeros datos que avalan el uso de 'Spiriva' en pacientes con asma pediátrico, ya que su adición al tratamiento de mantenimiento mejora la función pulmonar, evaluada en niños de entre 6 y 11 años de edad, en comparación con suministrar un placebo.

iSanidad Atención Primaria

JUNIO-JULIO 2016

Lo mejor de la Sanidad

Un estudio del Gregorio Marañón demuestra que disminuyen los reingresos por EPOC

Un estudio llevado a cabo por el Servicio de Neumología del *Hospital Gregorio Marañón* ha demostrado que existe una tendencia a disminuir la tasa de reingresos de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un 2% anual entre 2006 y 2012. Sin embargo, estos reingresos conllevan estancias más largas y con mayor mortalidad, esencialmente en pacientes varones, de edad avanzada y con otras patologías.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) continúa siendo un importante problema de salud pública. En España, afecta a más del 10% de la población de más de 40 años. Los pacientes con esta enfermedad pueden sufrir agudizaciones, que a menudo se asocian a ingresos hospitalarios. Estas exacerbaciones provocan una morbilidad y mortalidad significativas y son responsables de la mayor parte de la carga social y económica de la EPOC.

En un artículo recientemente publicado en la revista *Respirology*, Dr. Javier de Miguel Díez, jefe de sección de Neumología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en colaboración con otros compañeros de su hospital y de la Universidad Rey Juan Carlos, han cuantificado una tasa de reingresos del 17,53% en este tipo de pacientes en nuestro país, son aquellos que requieren un nuevo ingreso hospitalario durante el mes siguiente al alta.

Además de ese dato, que no estaba cuantificado en nuestro país, también han demostrado que estos reingresos se acompañan de una estancia media más prolongada en comparación con las hospitalizaciones previas. No obstante, los autores han observado una tendencia decreciente en la incidencia de los reingresos, concretamente una disminución del 2% anual, entre los años 2006 y 2012, periodo que se ha analizado en este trabajo.

Entre los factores predictores del reingreso en este estudio se encuentran la edad, el sexo, la comorbilidad, la necesidad de tratamiento con ventilación mecánica no invasiva y el traslado al alta a un centro socio-sanitario.

De esta forma, la probabilidad de reingreso es más alta en pacientes de 65 a 84 años en comparación con pacientes más jóvenes, en varones comparado con mujeres, en individuos con comorbilidades acompañantes en comparación con aquellos sin otras enfermedades asociadas, en sujetos que han requerido tratamiento con ventilación mecánica no invasiva en comparación con los que no han precisado dicho tratamiento y en pacientes trasladados al alta a centros socio-sanitarios comparado con los que son dados de alta a su domicilio.

El 80% de las enfermedades cardiovasculares puede prevenirse adoptando hábitos de vida saludables

La clave para prevenir las enfermedades cardiovasculares está en controlar los factores de riesgo

Los pacientes que han sufrido un infarto tienen muchas posibilidades de que les vuelva a repetir

En el marco de la celebración del Día Mundial del Corazón, Ibermutuamur, recuerda que los infartos y derrames cerebrales son la primera causa de muerte en accidente laboral en España y que el 80% de las enfermedades cardiovasculares puede prevenirse adoptando hábitos de vida saludable, mediante una dieta equilibrada, la práctica de ejercicio moderado de manera regular y el abandono del hábito de tabaco.

Según la última Estadística de Accidentes de Trabajo, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de enero a julio de 2016, se han producido 136 accidentes laborales mortales en España (en jornada de trabajo) por infartos o derrames cerebrales, lo que supone el 50,7% del total de los accidentes mortales ocurridos en jornada de trabajo. Durante el 2015, fallecieron por esta causa un total de 119 trabajadores.

Asimismo, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre las causas de mortalidad en España, reflejan que, en el año 2014 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte (con una tasa de 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores (237,4) y de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4). Dentro del grupo de enfermedades circulatorias, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho…) y las cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer y segundo lugar en número de defunciones.

Controlar los factores de riesgo, clave en la prevención de estas enfermedades

Los principales factores que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular son la hipertensión arterial, la tasa de colesterol LDL elevada, el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, la diabetes tipo II y el consumo habitual de alcohol.

Según indica el Dr. Ángel García, cardiólogo de Ibermutuamur, "*la clave para prevenir las enfermedades cardiovasculares está en controlar estos factores de riesgo*" y en este sentido añade, "*tener un factor de riesgo aumenta las posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular, pero tener más de un factor de riesgo multiplica exponencialmente estas probabilidades*".

Rehabilitación Cardíaca

Los pacientes que han sufrido un infarto tienen muchas posibilidades de que les vuelva a repetir, por ello, además de llevar una dieta sana y un estilo de vida saludable, han de tener un proceso de rehabilitación cardiaca.

La rehabilitación cardiaca es, según explica el Dr. García, "*un programa terapéutico dirigido a aquellos pacientes que han tenido una cardiopatía, cuyo fin es la recuperación de su estado físico, psicológico y sociolaboral en el menor tiempo posible*".

"*Mediante el entrenamiento físico ayudamos a los pacientes a recuperar de nuevo su capacidad funcional*", indica, y además añade: "*durante el desarrollo de este entrenamiento y al someter al paciente a un programa de esfuerzos progresivos, es necesario observar, a través de monitores especiales, el ritmo cardíaco, la tensión arterial, así como la aparición de arritmias o síntomas de isquemia coronaria residual inducidos por el esfuerzo*".

Los anticonceptivos hormonales pueden aumentar el riesgo de depresión

El riesgo de depresión y el uso de antidepresivos podría aumentar para las mujeres y niñas adolescentes que usan anticonceptivos hormonales, según una nueva investigación según ha publicado el Dr. Oevind Lidegaard, coautor del estudio, el , de la Universidad de Copenhague en *JAMA Psychiatry*.

Más del 61% de las mujeres en edad reproductiva actualmente usan alguna forma de contracepción.

De acuerdo con los datos más recientes de los *Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC),* en Estados Unidos, más del 61% de las mujeres en edad reproductiva actualmente usan alguna forma de contracepción.

Los riesgos fueron mayores para las adolescentes entre 15 y 19 años

Los anticonceptivos orales siguen siendo la forma más común de anticoncepción, y son utilizadas actualmente por el 16 % de las mujeres entre 15 y 44 años en EE.UU.

Los anticonceptivos orales combinados contienen las hormonas estrógeno y progestina; la progestina puede referirse a formas sintéticas de la hormona progesterona o a la progesterona en sí. Estos anticonceptivos actúan impidiendo la ovulación y haciendo más difícil que los espermatozoides lleguen al óvulo, evitando así el embarazo.

La píldora sólo de progestina – también conocida como la "mini píldora" – evita principalmente el embarazo impidiendo que el esperma llegue al óvulo, y algunas veces puede suprimir la ovulación.

Otras formas de anticoncepción hormonal incluyen el implante de control de la natalidad, inyecciones, parches y el anillo anticonceptivo vaginal – los cuales liberan estrógeno, progestina, o ambos, como una manera de prevenir el embarazo.

"*El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de determinados tipos de anticonceptivos hormonales sobre el riesgo de usar antidepresivos por primera vez y de obtener un primer diagnóstico de depresión*", dicen los autores.

Para llegar a estas conclusiones, el equipo analizó los datos de 1995-2013 del *Danish National Prescription Register* y del *Psychiatric Central Research Register*, que incluían más de 1 millón de mujeres entre los 15 y 34 años.

A modo de ejemplo, las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 34 años, que usaron anticonceptivos orales combinados o que utilizaron la píldora sólo de progestina tenían 1,23 y 1,34 veces más de riesgo relativo de usar por primera vez antidepresivos, y se observaron estimaciones similares o ligeramente inferiores del riesgo de diagnóstico de depresión.

Los riesgos fueron mayores para las adolescentes entre 15 y 19 años, indica el equipo. El uso de anticonceptivos orales combinados o píldoras sólo de progestina entre este grupo de edad se asoció a 1,8 y 2,2 veces más de riesgo relativo de uso de antidepresivos por primera vez, y las que utilizaron anticonceptivos hormonales no orales tenían un riesgo tres veces mayor.

..Susana Calvo

El 58,6% de los pacientes con artritis psoriásica en tratamiento presentan un estado de Mínima Actividad de la Enfermedad

Por primera vez 25 servicios de reumatología españoles y 238 pacientes adultos diagnosticados de Artritis Psoriásica (APs), con al menos 1 año de evolución de enfermedad que estaban siendo tratados con terapia biológica y/o con Fármacos Antireumáticos Modificadores de Enfermedad (FAME) han participado en un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del estado de Mínima Actividad de la Enfermedad y sus posibles factores predictivos.

El estudio MAAPs "*Prevalencia y factores predictores del estado de Mínima Actividad de Enfermedad (MAE) en población española con Artritis Psoriásica (APs)*", se ha presentado en el marco del 10º Congreso Internacional sobre Espondiloartropatías, celebrado recientemente en Gante (Bélgica). El estudio revela que cerca del 60% de los pacientes con APs en España pertenecen al grupo denominado MAE, que se define como un estado de la actividad de la enfermedad aceptable durante el tratamiento.

Entre las conclusiones, también se destaca que un 62,7% de los pacientes que están siendo tratados actualmente con fármacos inhibidores del TNF en monoterapia, se encuentran en situación de MAE. En relación a esto, el Dr. **Rubén Queiro**, de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Central de Asturias y Coordinador Nacional del estudio MAAPs ha asegurado: *"esto implica que este tipo de terapias biológicas ejercen un adecuado control de los síntomas y signos de APs, muchas veces sin necesidad de combinarlos con otros FAME, lo que redunda en una mayor comodidad y seguridad terapéutica para los pacientes".*

Además, el especialista ha añadido *"como principal novedad, hemos podido observar que aquellos pacientes que alcanzan un estado MAE tienen un impacto físico y emocional muy bajo, de forma que la MAE se convierte en uno de los principales objetivos a alcanzar en el manejo terapéutico de esta población".* En este sentido, los pacientes que alcanzan el estado MAE perciben que la enfermedad repercute muy poco en aspectos que se relacionan con su calidad de vida.

Por otro lado, el estudio también ha permitido identificar algunos factores asociados a una mayor o menor probabilidad de alcanzar este estado de la enfermedad, lo que es de gran ayuda a la hora de orientar a los especialistas en la planificación asistencial y el manejo de estos pacientes. Además, el **Dr. Queiro** ha señalado que *"los pacientes que alcanzaron un estado de MAE tuvieron un bajo impacto de la enfermedad evaluado por el cuestionario PsAID (Psoriatic Arthritis Impact of Disease), lo que nuevamente resalta la relevancia de la MAE como objetivo terapéutico esencial en el manejo de la APs".*

"Diversos estudios han demostrado que los pacientes que siguen un tratamiento con terapias biológicas cubren mejor todo el espectro de la enfermedad y desarrollan un menor daño estructural en comparación con los que sólo emplean FAME tradicionales para el control de su proceso", ha comentado el **Dr. Queiro**. A pesar de las novedades presentadas en este estudio, el experto ha comentado que *"actualmente la MAE sigue siendo uno de los principales retos y objetivos de tratamiento en APs".*

CÁTEDRA
SALUD, DERECHO Y RESPONSABILIDAD CIVIL

MÁSTER EN PERITAJE MÉDICO

UN PASO MÁS EN TU CARRERA PROFESIONAL

Si eres médico u odontólogo,
el Máster en Peritaje Médico de la Cátedra Salud, Derecho y Responsabilidad Civil de la Universidad de Alcalá y la Fundación Uniteco Profesional, te da la oportunidad de acceder a una profesión en auge, diversificando y aumentando tus posibilidades laborales.

CARACTERÍSTICAS
· Tipo de Master: presencial
· Fechas: octubre de 2016 a junio 2017
· Horario: viernes de 16 a 21 horas
· Número de créditos: 60

LUGAR DEL MASTER
· Aula Rosario Montero
de la Fundación Uniteco Profesional
(Calle pasaje de Can Menor nº 3,
28007 Madrid · Tfno: 91 212 13 90)

¡CONVIÉRTETE EN PERITO MÉDICO!

REQUISITOS
· Licenciados y graduados en Medicina y Cirugía
· Licenciados y graduados en Odontología
· No es preciso haber cursado alguna especialidad

PREINSCRIPCIÓN
A partir del 1 de junio de 2016
A través de la web: **www.fundacionup.org**
E-mail: **formacion@fundacionup.org**
Tel.: 91 159 99 56

MATRÍCULA
Precio: 7.000€ (impuestos y tasas incluido)
número máximo de alumnos: 20

¡Reserva ya tu plaza!

Universidad de Alcalá

Complementa tu Profesión

Fundación UNITECO PROFESIONAL