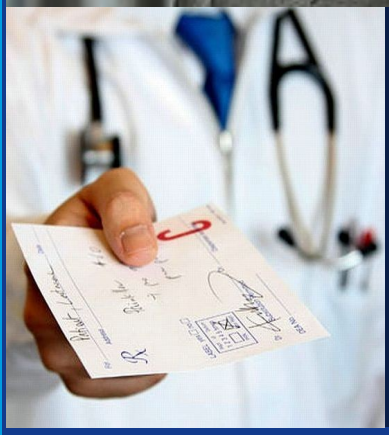
iSanidad Atención Primaria

Lo mejor de la Sanidad

www.isanidad.com N. 7 • NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016

- Para el Dr. Antonio Fernández Pro el sistema no admite más precariedad, pero es el médico de el que debe controlar su agenda
- Bruselas pide un cambio cultural de la sanidad pública española orientado a los crónicos
- El 10% de los médicos ni siquiera saben lo que es la adherencia al tratamiento
- El dolor es el responsable del 50% de consultas en Atención Primaria y el 65% de pacientes que van al hospital lo padecen
- Atención Primaria reclama mayor presencia en la troncalidad
- Más del 75% de las muertes de pacientes diabéticos se debe a causas cardiovasculares
- El Foro de Atención Primaria denuncia precariedad, disminución de plantillas y envejecimiento ante la pasividad de la Administraciones Autonómicas
- "Decálogo del buen uso de antibióticos" de la AEPap
- La vacuna del papiloma humano, recomendable para mujeres tratadas con terapias biológicas
- Servicios de Urgencias y cardiopatías mortales, fuente de litigios
- Dormir poco y mal puede asociarse a un empeoramiento de la enfermedad renal, según investigación
- Científicos españoles obtienen nueva formulación de insulina más estable para tratar la diabetes
- El estrés severo causa entre el 15% y 20% de los ataques cardíacos

Para el Dr. Antonio Fernández Pro el sistema no admite más precariedad, pero es el médico de el que debe controlar su agenda



El 10% de los médicos ni siquiera saben lo que es la adherencia al tratamiento

"Decálogo del buen uso de antibióticos" de la AEPap

Para el Dr. Antonio Fernández Pro el sistema no admite más precariedad, pero es el médico de el que debe controlar su agenda

"El Sistema en general y la AP en particular no admite ni más recortes ni más precariedad"

"Si realmente se está por la sostenibilidad del sistema, se debe estar por fortalecer a la AP"

El Dr. Antonio Fernández Pro es una autoridad en el ámbito de la Atención Primaria, por su condición de presidente de SEMG, por su condición de Vocal Nacional de médicos de administraciones públicas desde hace 6 años y por su experiencia de 8 años al frente de la vocalía Nacional de la Sección Médicos Titulares ambos cargos en la OMC. Ha atendido a *iSanidad. Lo mejor de la Sanidad*con varios de los temas más importantes de la Atención Primaria como la saturación, las agresiones o la recertificación que tantos problemas está empezando a generar.

Envejecimiento de plantillas, envejecimiento de pacientes, cronicidad… la precariedad del médico de familia es creciente. ¿Qué más se puede hacer para llamar la atención sobre la situación de los médicos y la AP en general?
Creo que las señales de alarma de esta situación están todas dadas y en todos los organismos competentes. El Sistema en general y la AP en particular no admite ni más recortes ni más precariedad, si realmente se está por la sostenibilidad del sistema, se debe estar por fortalecer a la AP, esta más que demostrado y más que repetido que el sistema se debe basar en una AP con capacidad de resolución y eficiente para esto se deben dotar de presupuestos suficientes tanto en personal como en medios.

Foro de Atención Primaria ha denunciado que se prioriza el número de consultas sobre la calidad de las consultas. ¿Puede haber calidad asistencial con 45 consultas en un día?
La demanda asistencial es el resultado de muchas cosas, desde el paternalismo que hemos ejercido durante años a las abultadas listas de espera, es claro que el médico de AP es el que debe controlar su agenda y de esta manera intentar racionalizar el trabajo diario. Es un problema que tendremos que resolver poco a poco. Y contestando a su pregunta es evidente que la calidad no esta en un número de consultas tan elevado, aunque también hay que decir que es un tema que ha mejorado con la universalización de la receta electrónica.

¿Es posible que la sentencia del TSJE acabar con la temporalidad en los contratos?
Eso esperamos todos, evidentemente es una realidad la limitación presupuestaria, esto hace que nuestros gerentes lo tengan difícil, creo que es mucho más una voluntad política que otra cosa, hasta que no se le de una verdadera prioridad al sistema Público de Salud los presupuestos serán escasos, otro tema es la Política de personal que siguieron nuestros gestores en muchos caso absolutamente caótica para el Sistema.

Unas palabras sobre la recertificación, ¿desde los colegios o desde las sociedades?, ¿debe suspenderse de colegiación a quién no la pase?
Evidentemente es un tema que dará que hablar en los próximos meses. El borrador del Ministerio y el proceso ponen de manifiesto que los actores implicados (cada uno con funciones diferentes) son la Administración, los profesionales y las Corporaciones profesionales (Colegios y SSCC). Evidentemente creo que los proveedores de formación deben ser las SSCC, el resto de entidades también tienen un papel fundamental dentro del proceso. Si alguien no cumple con la norma deberá tener un espacio para solventar esa situación. Creo que muy importante dejar claro en este punto varios cuestiones fundamentales:

Para el Dr. Antonio Fernández Pro el sistema no admite más precariedad, pero es el médico de el que debe controlar su agenda (y II)

"Cada vez la ciudadanía exige mejor y mayor atención y a veces la espera prolongada genera impaciencia"

La primera de ellas es que la rectificación en ningún caso es un examen, es decir, no es una prueba objetiva, es el resultado de un proceso, una foto fija de la formación continuada del profesional en un momento determinado. La segunda es que busca la excelencia profesional (para esto hay otros métodos) si no elevar la media de la profesión; la tercera es que el fin ultimo de la reacreditación es aumentar la seguridad del paciente. Por último, decir que, como es universal, afecta a todos los médicos y profesiones que se autoregulan.

Las agresiones –tanto físicas como verbales- son un tema más común de lo que sale en los medios, ¿cómo se puede luchar contra ellas?

La confianza, el respeto y la tolerancia son valores indispensables para el ejercicio de una profesión que requiere un trato personal tan directo como en la atención sanitaria. Estas actitudes deben prevalecer entre ambas partes. Si esto no ocurre así esta relación se pierde y empiezan a surgir los problemas.

Cada vez la ciudadanía exige mejor y mayor atención y a veces la espera prolongada genera impaciencia, la lista de espera son un foco de disturbio entre el profesional y el paciente, en fin existen diferentes situaciones en el día a día que son un caldo de cultivo óptimo para que surjan este tipo de de conflictos. Los escenarios más frecuentes para que se den son las salas de urgencias y las consultas de Atención Primaria, donde contacto con el paciente es mucho más cercano, por lo que la sensibilidad de los profesionales debe ser máxima para prevenir estas agresiones.

Las habilidades que debe tener el profesional en estos conflictos -es una cuestión que todos debemos tener en cuenta- es tener autocontrol evitar demostrar que se está nervioso y evitar realizar movimientos bruscos. Es importante rebajar la tensión en las consultas, que siempre es el paso previo a la agresión.

Por otra parte es muy importante que nuestro gestores aseguren la integridad de sus profesionales y siempre debe existir un número de

capitalradio

Valor Salud

Todos los viernes de 10h00 a 11h00

Bruselas pide un cambio cultural de la sanidad pública española orientado a los crónicos

El informe *Health Care & Long-Term Care Systems* realizado por la Comisión Europea asegura que la presión sobre el sistema sanitario español subirá en los próximos años por el envejecimiento de la población y su consiguiente efecto en el aumento del número de enfermos crónicos. Debido al elevado nivel de deuda pública los riesgos para España son altos a medio plazo (sobre 2026) asegurando que el gasto sanitario tendrá que subir entre 1 y 2 puntos del PIB.

Mejorar tanto las listas de espera como el gasto farmacéutico son parte de las principales mejoras que el informe menciona, y las considera "*desafíos*". Específicamente pide el impulso de la penetración de los medicamentos genéricos y la mejora de la transparencia del gasto farmacéutico hospitalario. Pero lo que más destaca es realizar una transición de un modelo orientado a los enfermos agudos a un modelo basado en las enfermedades crónicas.

Es necesario un cambio cultural que permita aumentar la productividad del sector de la salud con el fin de reducir las listas de espera y de hacer frente a las expectativas del paciente, indica el informe. Se trata de pasar a un modelo centrado en el usuario, con una estructura de prestaciones esencialmente pública.

Los autores también critican, como en el resto de Europa, la escasa atención a una fuerza laboral que envejece y necesita renovación mediante la promoción de la educación médica y la calidad, mencionando la regulación de los salarios para los profesionales y la realización de un trabajo más eficiente, incluyendo la posibilidad de ampliar el papel de la enfermería en la prestación de servicios.

Mejorar tanto las listas de espera como el gasto farmacéutico son parte de las principales mejoras que el informe menciona, y las considera "*desafíos*".

A pesar de que España ha dado pasos significativos para establecer un sistema de asistencia social para dar una cobertura global a toda la población, se enfrenta a varios retos globales esenciales que en el informe definen, destacando algunos como:

Es necesario un cambio cultural que permita aumentar la productividad del sector de la salud con el fin de reducir las listas de espera y de hacer frente a las expectativas del paciente

La mejora de la estructura de gobierno en el ámbito sanitario

- Establecer un marco jurídico que delimite claramente el alcance de las responsabilidades de las autoridades estatales con respecto a la prestación de servicios de atención a largo plazo, utilizando tanto la financiación pública como la privada para enfrentarse al nuevo reto de pacientes crónicos

- Establecer buenas plataformas de información para pacientes y proveedores de cuidados de larga duración

- Compartir datos dentro de las administraciones gubernamentales para facilitar la gestión de las interacciones potenciales entre la financiación del cuidado de los enfermos crónicos.

- Establecer medidas específicas impositivas para programas socios sanitarios

Mejora de los acuerdos de financiación sanitaria

- Explorar el potencial de la sanidad privada para enfermos crónicos compartiendo costes.

- Realizar acuerdos de prefinanciación para futuras obligaciones relacionadas con la cronicidad.

Mejorar las inversiones sanitarias

- Invertir en dispositivos asistenciales que, por ejemplo, faciliten el autocuidado, el enfoque en el paciente y la coordinación entre los servicios de salud y la atención al paciente

- Invertir en las TIC como una importante fuente de información, gestión de la atención y coordinación.

..Alfonso González

El 10% de los médicos ni siquiera saben lo que es la adherencia al tratamiento

¿La adherencia terapéutica al tratamiento resulta fundamental para asegurar la efectividad de los tratamientos. La presentación del estudio *La Adherencia Terapéutica: la visión del médico* realizado por el **Observatorio de la Adherencia al Tratamiento** ha servido para insistir en el enorme impacto médico, económico y social que supone la falta de adherencia.

El estudio ha tenido como principal objetivo conocer la opinión y la visión del médico ante el acuciante problema de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en España, y lo primero que ha destacado es que el 10% de los médicos no están seguros o desconocer el concepto de *adherencia terapéutica* . De este 10% de médicos que dicen desconocer el concepto, el 20% son menores de 35, el 29% están entre 35-49 años, y el 51% entre los 50-64 años.

Los costes económicos que genera la falta de adherencia terapéutica al tratamiento suponen 11.250 millones de euros anuales para un sistema sanitario "tocado" económicamente. Entre los problemas que generan esta cifra se incluyen tratamientos innecesarios, pruebas complementarias adicionales, incremento de consultas clínicas, ingresos hospitalarios o una mayor incidencia en morbilidad. Además, la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos contribuye a unas 200.000 muertes prematuras en toda Europa (18.000 en España) lo que provoca un coste estimado global de 125.000 millones anuales.

Para mejorar la adherencia, la implicación del profesional médico debe pasar por conocer los recursos económicos, situación social o nivel de estudios del paciente y debe hacerle partícipe del conocimiento de su propia enfermedad y la necesidad de cumplimentar su tratamiento.

La falta de adherencia influye en el paciente, el profesional sanitario, el sistema sanitario y sociedad porque aumentan las consultas y los ingresos hospitalarios, con el gasto extra que supone. Las causas de esta falta de adherencia son atribuibles al paciente, al propio personal sanitario (médicos y enfermería) y las características del medicamento.

Adherencia general de los pacientes

Las tablas sobre el seguimiento de las indicaciones del médico en términos generales en base a fármacos, nutrición, ejercicio y tabaco, en pacientes menores y mayores de 65 años son muy significativas:

Los costes económicos que genera la falta de adherencia terapéutica al tratamiento suponen 11.250 millones de euros anuales para un sistema sanitario "tocado" económicamente.

Seguimento de las indicaciones del médico en pacientes menores de 65 años

%Pacientes	Seguimiento de indicaciones en materia de fármacos	Seguimiento de indicaciones en recomendaciones nutricionales	Seguimiento de indicaciones en cuanto a actividad física	Seguimiento de indicaciones en recomendación de "no fumar"
<40%	13,4%	48,6%	47,6%	67,8%
40-60%	33,9%	34,1%	33,8%	20,1%
60-80%	38,8%	12,5%	14,4%	8,6%
>80%	13,5%	3,6%	3,1%	2,0%
N/C	0,4%	1,2%	1,1%	1,6%

Fuente: **"Adherencia terapéutica:La visión delmédico"**
Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

El 10% de los médicos ni siquiera saben lo que es la adherencia al tratamiento (II)

Seguimento de las indicaciones del médico en pacientes mayores de 65 años

%Pacientes	Seguimiento de indicaciones en materia de fármacos	Seguimiento de indicaciones en recomendaciones nutricionales	Seguimiento de indicaciones en cuanto a actividad física	Seguimiento de indicaciones en recomendación de "no fumar"
<40%	8,7%	33,0%	50,8%	49,5%
40-60%	24,5%	36,9%	31,6%	26,0%
60-80%	44,4%	22,8%	11,8%	15,8%
>80%	21,0%	4,6%	2,9%	5,7%
N/C	1,5%	2,8%	2,9%	3,0%

Fuente: **"Adherencia terapéutica:La visión delmédico"**
Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

Según la encuesta, hay un déficit muy importante en la valoración y seguimiento que los pacientes hacen de temas tan determinantes como la salud pública y la higiene. Las buenas prácticas de estas dos disciplinas son esenciales para la instauración de un proceso patológico y en la eficacia, eficiencia y efectividad del tratamiento.

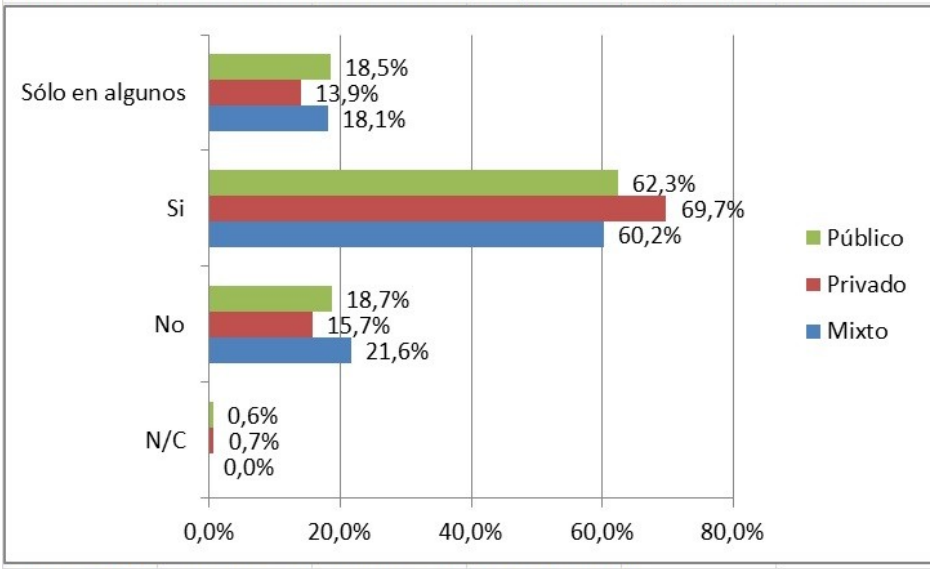
Con todos estos datos, solo el 64% de los médicos realizan un control sistemático del grado de adherencia terapéutica de sus pacientes, mientras que son un 18% los que no hacen nada, y un 17% los que lo hacen solo en algunos casos.

Diferencias entre centros públicos y privados

El cruce de variables del estudio del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento también ha alcanzado las diferencias entre los centros públicos y privados, que son escasamente significativas:

(Continúa)

Control sistemático de la adherencia de los pacientes según tipo de centro



Fuente: **"Adherencia terapéutica:La visión delmédico"**
Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

DICIEMBRE 2016

iSanidad Atención Primaria

Lo mejor de la Sanidad

El 10% de los médicos ni siquiera saben lo que es la adherencia al tratamiento (y III)

Mejor y peor adherencia
Según los resultados del estudio es más sencillo conseguir una buena adherencia en casos como:

- Enfermedades oncológicas
- Patologías cardiacas
- Procesos Infecciosos
- Trastornos funcionales del tiroides
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cuadros dolorosos

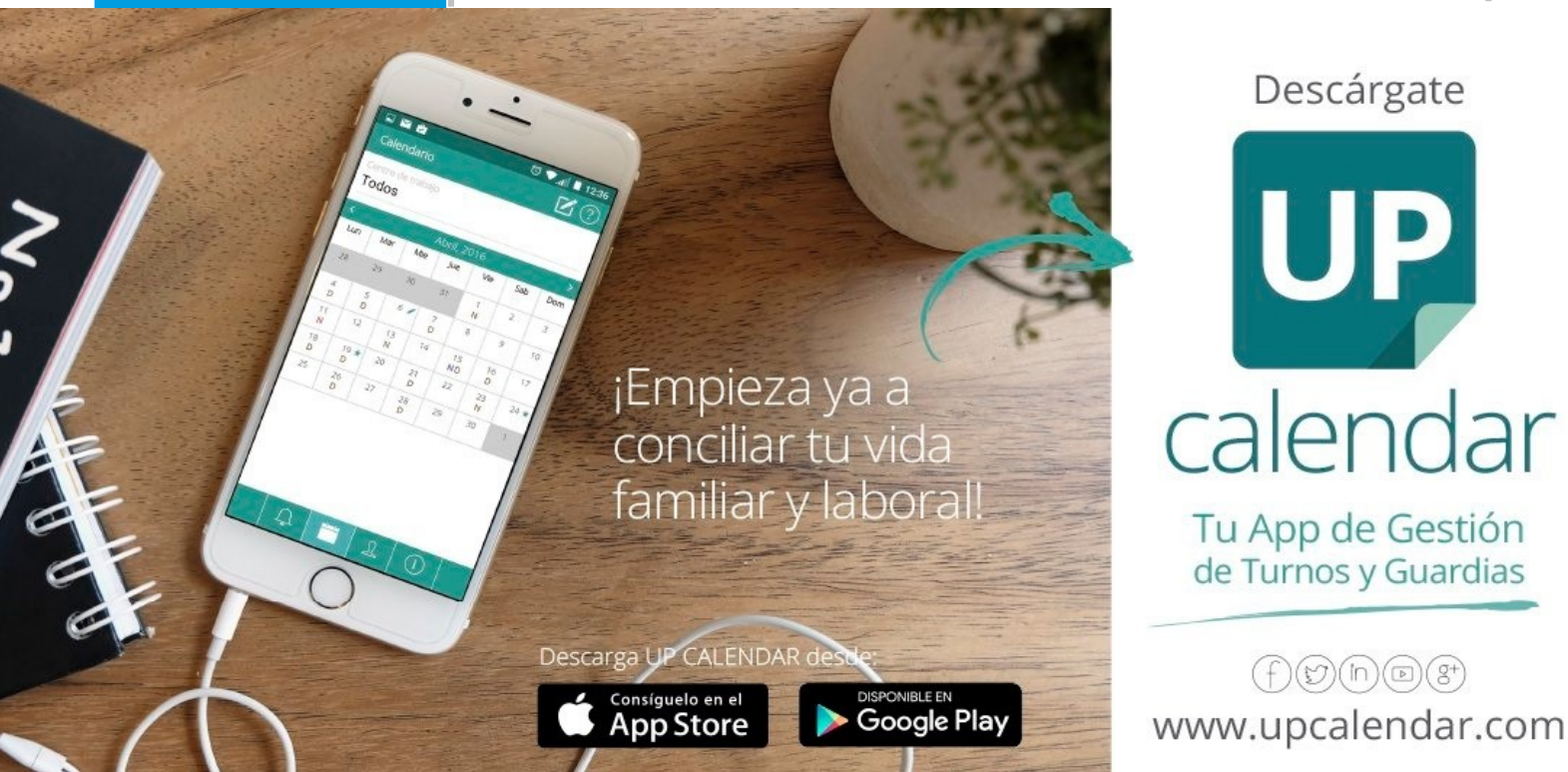
Es más difícil la adherencia en situaciones como:

- Obesidad (de manera muy destacada)
- Hábitos de vida como el tabaquismo o el alcoholismo
- Enfermedades vinculadas a la esfera psíquica
- Corrección de los trastornos del metabolismo lipídico
- EPOC
- Osteoporosis
- Alteraciones relacionadas con la menopausia

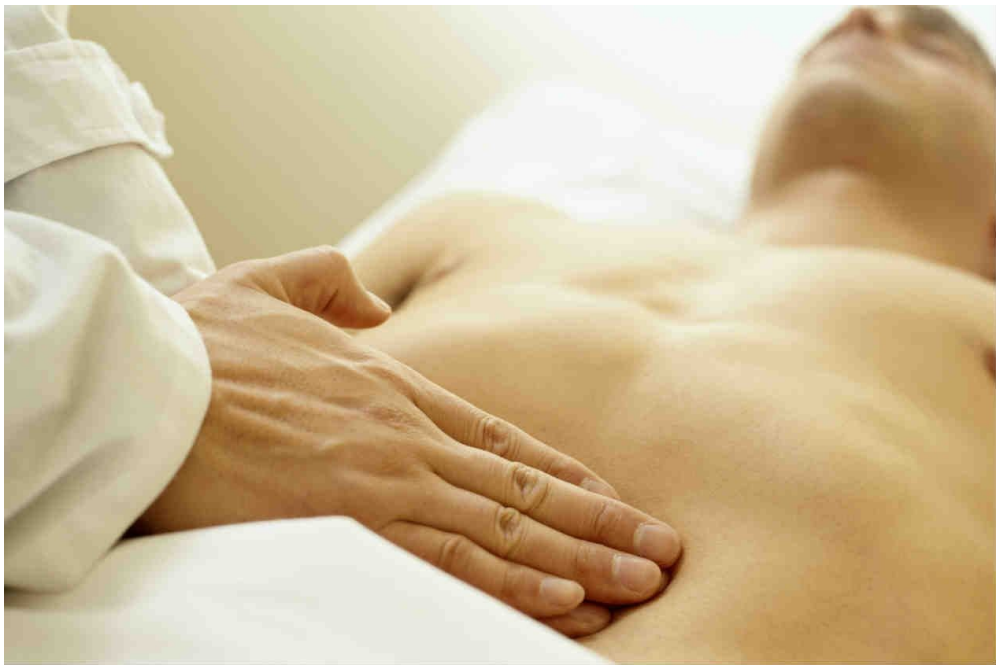
Conclusiones

Según los médicos encuestados, el factor determinante de la mala adherencia lo constituye la información insuficiente sobre las las ventajas del cumplimiento terapéutico, destacando que los propios médicos también consideran importante la falta de atención por parte del paciente, seguido de la escasa dedicación y tiempo por parte del médico, así como el miedo a los posibles efectos secundarios.

..Alfonso González



El dolor es el responsable del 50% de consultas en Atención Primaria y el 65% de pacientes que van al hospital lo padecen



El dolor, cuando es crónico, es muy difícil de curar. Por esta razón, el principal reto que tenemos en este ámbito es reducir el número de pacientes que llegan a cronificar su dolor

El responsable del 50% de las consultas en Atención Primaria tiene un nombre, y ese ese el dolor, además, lo padecen el 65% de los pacientes que van al hospital. Y es que así se puso de manifiesto durante I Jornada de Puertas Abiertas de Comités de Atención al Dolor que, organizada por la Subdirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, la Sociedad Española del Dolor (SED) y ESTEVE, se celebró recientemente en el Hospital Universitario de La Princesa.

"El dolor, cuando es crónico, es muy difícil de curar. Por esta razón, el principal reto que tenemos en este ámbito es reducir el número de pacientes que llegan a cronificar su dolor y realizar un buen abordaje de esta enfermedad desde el inicio", recordó la jefa de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de La Princesa y portavoz de la SED, Concepción Pérez.

Al respecto, la experta destacó la importancia de medir el dolor y de que el paciente se implique en su patología, se forme, informe y tenga un *"ánimo positivo"* para afrontar el dolor cuando éste está cronificado.

El dolor crónico tiene un tiempo medio de nueve años

El tiempo medio de duración del dolor crónico es de nueve años, y el 35% de los pacientes vive sufriendo dolor a lo largo de toda su vida, teniendo un gran impacto en su vida personal, familiar, social y laboral.

Otro de los aspectos que se expuso en esta I Jornada de Puertas Abiertas de Comités de Atención al Dolor, es que el dolor crónico es uno de los principales problemas de salud pública por sus costes directos e indirectos que suponen entre el 2,5 y el 3% del Producto Interior Bruto.

..Redacción

Atención Primaria reclama mayor presencia en la troncalidad

Las tres sociedades científicas de Atención Primaria, SEMERGEN, semFYC y SEMG han acercado posturas con el Ministerio de Sanidad para explicar la necesidad de mejorar el protagonismo de la Atención Primaria en la troncalidad.

Salvador Tranche, José Luis Llisterri y Antonio Fernández-Pro explicaron que, aunque es responsabilidad de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la redacción actual del programa no mejore la actual preparación de los especialistas en medicina familiar, en realidad, piensan que la empeora.

Desde SEMERGEN han asegurado que de "*este encuentro ha resultado un acercamiento de posturas, con un compromiso de colaboración por parte de todos para definir un tronco médico apropiado a las necesidades y competencias de la Atención Primaria, a la vez que el Ministerio de Sanidad se ha comprometido a estudiar la posibilidad de redactar un párrafo donde se asegure que los residentes podrán obtener competencias básicas de Atención Primaria durante los dos primeros años de la formación especializada*".

Además, en el encuentro se ha puesto de manifiesto que en la actualidad los residentes no rotan tiempo suficiente por Atención Primaria, y de ahí la necesidad de una mayor presencia de la especialidad en la formación de los residentes.

..Lola Granada

Más del 75% de las muertes de pacientes diabéticos se debe a causas cardiovasculares

La diabetes es una enfermedad cardiovascular de origen metabólico como manifestó la American Diabetes Association –ADA- hace años, argumenta Carlos Miranda, responsable del Grupo de Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), "de hecho, el 75% de las muertes en personas con diabetes se deben a causas cardiovasculares". De ahí que este experto abogue para esta enfermedad por un abordaje específico e integral, que contemple también el control de los factores de riesgo cardiovascular, "así -explica Miranda- lograremos mejorar el pronóstico y evitar las complicaciones microvasculares (retinopatía, enfermedad renal, pie diabético) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, ictus). Y desde esa perspectiva se ha analizado en uno de los talleres de la I Jornada Cardiovascular que la SEMG ha desarrollado este fin de semana en Bilbao en colaboración con la Sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología y la participación de 150 médicos de familia que no han desaprovechado esta "oportunidad única de ponerse al día de los últimos avances en cuanto a novedades en el despistaje, prevención y

tratamiento de la patología cardiovascular".

La prevención sigue siendo la mejor aliada

Más de cinco millones de personas en España padecen diabetes, según los datos del estudio di@bet.es que hace un lustro ya situaba la prevalencia en el 13,8 % de los mayores de 18 años, aunque casi la mitad de ellos no están diagnosticados. Hecho remarcable dado que como se apunta en el mismo estudio el retraso en descubrirla implica que cuando se diagnostica la enfermedad el 50% presenta ya alguna complicación.

Y eso teniendo en cuenta que la diabetes mellitus tipo 2 es en la mayoría de los casos prevenible, comenta el Dr. Carlos Miranda, y sin embargo en vez de frenarla cada vez aumenta más su incidencia. Para Miranda, la fórmula está clara en prevención: una dieta equilibrada, la realización continuada de ejercicio adecuado a cada persona y evitar el sobrepeso y la obesidad siguen siendo recomendaciones clave que parece que caen en saco roto. Hoy, la prevención sigue siendo la mejor aliada, pero en las sociedades actuales la diabetes se afianza a pasos de gigante como uno de los retos de presente y futuro, "porque contamos con avances médicos y nuevas moléculas, pero si no conseguimos revertir esos malos hábitos higiénico-dietéticos, la enfermedades cardiovasculares, y entre ellas la diabetes, seguirán creciendo". La SEMG no se olvida de ello y el abordaje de la diabetes también ha ocupado un importante espacio en su primera jornada de actualización en patología cardiovascular.

El Foro de Atención Primaria denuncia precariedad, disminución de plantillas y envejecimiento ante la pasividad de la Administraciones Autonómicas

El Foro de Médicos de Atención Primaria ha anunciado solicitar a la nueva ministra de Sanidad, Dolors Monserrat, un encuentro urgente para exponerle la situación asistencial del sector, agravada por la desinversión de los últimos años y con el resultado de incrementos vergonzosos de la precariedad, disminución de plantillas y su envejecimiento ante la pasividad de las Administraciones Autonómicas.

El deterioro en las condiciones laborales ha llevado a los profesionales a tener *"acumulaciones de trabajo constantes que afectan a la necesaria planificación en el trabajo y a la calidad asistencial a nuestros pacientes"*, han asegurado, por eso, *"ante la nueva situación de recuperación económica creemos necesario un aumento de inversión de forma prioritaria en el sector más afectado del SNS, paliando la actual situación y previendo las jubilaciones masivas de pediatras y médicos de familia de los próximos 15 años".*

Además, el Foro emitió un documento con unas consideraciones sobre la situación de los pediatras de Atención Primaria en el que se asegura que *"la cobertura de algunas plazas de Pediatría de Atención Primaria es un problema para la Administración Sanitaria. Esta circunstancia se ha agravado con la crisis y con los contratos precarios. Resulta especialmente difícil cubrir las plazas rurales y, en las grandes ciudades, los turnos fijos en horarios de tarde. Existen múltiples casos de especialistas en Pediatría que han emigrado de unas Comunidades Autónomas a otras buscando mejorar sus horarios laborales para hacerlos compatibles con la familia"*, asegura.

También denuncia que "*la Administración prioriza la respuesta inmediata a la demanda y la accesibilidad de los ciudadanos sobre la calidad de la atención, ofreciendo a las familias servicios para los que, en ocasiones, no encuentra personal. En los centros de salud pone en varias salas "consultas de pediatría" cuando no siempre son médicos especialistas en niños los que pasan esas consultas. Las administraciones sanitarias autonómicas generan, en ocasiones, falsas expectativas a las familias ofreciendo especialidades sanitarias de las que no siempre disponen. Las gerencias de Atención Primaria utilizan la palabra 'Pediatría' para designar la edad del usuario atendido, no la titulación del personal contratado. Y no cabe duda que el médico no especialista en Pediatría que asume esa consulta, hace un esfuerzo extraordinario para llevar a cabo un trabajo para el que ha recibido una formación no específica".*

(Continúa)

El deterioro en las condiciones laborales ha llevado a los profesionales a tener "acumulaciones de trabajo constantes que afectan a la necesaria planificación en el trabajo y a la calidad asistencial a nuestros pacientes".

El Foro de Atención Primaria denuncia precariedad, disminución de plantillas y envejecimiento ante la pasividad de la Administraciones Autonómicas (y II)

La propuesta de medidas consensuadas para paliar el déficit actual de pediatras, además de proponer que las consultas de Pediatría (de 0 a 14 años) de los centros de salud deberían ser cubiertas por médicos con la especialidad de Pediatría son las siguientes:

- Incrementar el número de plazas MIR de pediatría.

- Mejorar los horarios y condiciones laborales para todos los profesionales sanitarios de los centros de salud haciéndolas compatibles con la vida familiar.

- Incentivar de forma económica o curricularmente las plazas de difícil cobertura.

- Unificar las prestaciones de enfermería pediátrica en atención primaria entre todas las Comunidades Autónomas. Las diferencias existentes son injustificables, y en Atención Primaria hay suficiente cometido para que Pediatría y Enfermería de Pediatría trabajen en conjunto en la atención a los niños.

- Con el objetivo de optimizar el tiempo y recursos en zonas periféricas, se pueden atender mejor y más niños si se trabaja en equipo con enfermería

- Centralización de los servicios de Pediatría. En pueblos distantes o con cupos reducidos se priorizará la atención en las consultas pediátricas en el centro de salud cabecera, optimizando recursos y evitando desplazamientos a los profesionales durante la jornada laboral

- Aumentar de forma obligatoria la rotación de los residentes de Pediatría por Atención Primaria a un mínimo de 3-6 meses. Dos terceras partes de los pediatras de este país trabajan en los centros de salud, pero sus rotaciones son de forma mayoritaria en el ámbito hospitalario

- Asimismo, incentivar e iniciar las rotaciones de los estudiantes de Medicina en las consultas de los pediatras de AP, adecuando el número de créditos ECTS

- Al mejorar las condiciones se podrá colaborar más atendiendo a los niños en los horarios de atención continuada de los centros de salud

- Crear la figura del coordinador de Pediatría en aquellas áreas o distritos sanitarios locales donde no exista. Esta figura está ya implementada en las comunidades autónomas de Murcia y de Madrid, funciona de forma adecuada y deberían potenciarse. Son pediatras de Atención Primaria que colaboran y participan con las gerencias en la organización de la asistencia infantil.

- Aumentar la presencia de pediatras de Atención Primaria en la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría. Actualmente solo pertenece a Primaria uno de sus once miembros.

El Foro lo constituyen la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Organización Médica Colegial (OMC), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

..Redacción

Una de las propuestas es: Aumentar la presencia de pediatras de Atención Primaria en la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría. Actualmente solo pertenece a Primaria uno de sus once miembros

"Decálogo del buen uso de antibióticos" de la AEPap

A lo largo de la historia, los antibióticos han contribuido a salvar millones de vidas, y la práctica actual de la medicina no sería posible sin contar con fármacos eficaces para combatir las infecciones. Sin embargo, en ocasiones se abusa de ellos y se hace un uso inadecuado de estos medicamentos, lo que aumenta sus efectos adversos y el desarrollo de resistencias microbianas, que según afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), "se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial".

La resistencia a los antibióticos es la capacidad de un germen para resistir los efectos de un fármaco aunque inicialmente fuera sensible a su acción. Este fenómeno está relacionado con el uso de los antibióticos: a mayor utilización, mayores tasas de resistencia.

Para que sigan siendo eficaces, es imprescindible restringir su consumo y utilizarlos sólo cuando sean beneficiosos y necesarios para el paciente: "En infecciones bacterianas, indicando el antibiótico que actúe selectivamente sobre el microorganismo responsable de la infección, aplicando la dosis precisa y durante el tiempo recomendado, pero no más, para poder así controlar la infección", explican desde el Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Desde hace unos años, instituciones sanitarias internacionales como el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés) y la OMS dedican una semana para concienciar a los profesionales y a la población general sobre los efectos que ocasiona el abuso de antibióticos y promover un uso prudente de los mismos.

"Un 40% de los europeos cree erróneamente que los antibióticos funcionan contra los resfriados y la gripe", alertan los ECDC, de ahí la importancia de concienciar sobre el uso prudente de los antibióticos. Según los datos del Eurobarómetro2016, la población española encuestada muestra importantes errores en cuanto a la utilidad de los antibióticos.

(Continúa)

Para que los antibióticos sigan siendo eficaces, es imprescindible restringir su consumo y utilizarlos sólo cuando sean beneficiosos y necesarios para el paciente

"Un 40% de los europeos cree erróneamente que los antibióticos funcionan contra los resfriados y la gripe", alertan los ECDC

"Decálogo del buen uso de antibióticos" de la AEPap (y II)

Además, el consumo de antibióticos en España sigue una tendencia ascendente en los últimos años y, en consecuencia, las tasas de resistencia a antibióticos en nuestro país son altas, una situación que se da tanto en la población adulta como en los niños.

Conscientes de la importancia de este tema, desde la AEPap a través de su Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa, han elaborado un documento de 10 preguntas clave para mejorar la prescripción de antibióticos, que incluye referencias bibliográficas de apoyo en la toma de decisiones por el profesional. También con el objetivo de aumentar la información de pacientes y familias aporta documentos de divulgación, como el Decálogo del buen uso de antibióticos que recuerda que los antibióticos pueden ser grandes aliados, si son bien utilizados:

Los antibióticos han salvado millones de vidas. Es imprescindible usarlos adecuadamente para que sigan siendo útiles.

Sólo son efectivos para las infecciones causadas por bacterias. La mayoría de las infecciones infantiles están causadas por virus y por eso no se curan ni alivian con antibióticos.

La fiebre no se trata con antibióticos. Su presencia no significa que sean necesarios.

La ley prohíbe vender antibióticos sin receta. Sólo el médico los puede prescribir. No se deben tomar sin su supervisión.

No se deben usar los antibióticos que hayan sobrado de otros tratamientos. Estos se deben llevar al punto SIGRE (puntos de recogida en las farmacias) para su reciclaje.

Los antibióticos se deben tomar en las dosis, pautas y durante el tiempo que haya recomendado el médico.

No se deben suspender los antibióticos aunque desaparezcan los síntomas de la enfermedad salvo por indicación médica.

Los antibióticos son medicamentos seguros pero en algunos casos pueden tener efectos secundarios o producir alergias. En estos casos se debe consultar con el médico.

Los antibióticos mal usados dejan de ser efectivos porque las bacterias se hacen resistentes a sus efectos. Esto supone un problema sanitario grave.

Los antibióticos han de utilizarse con ciertas precauciones durante el embarazo y la lactancia. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico.

Los antibióticos mal usados dejan de ser efectivos porque las bacterias se hacen resistentes a sus efectos. Esto supone un problema sanitario grave.

La vacuna del papiloma humano, recomendable para mujeres tratadas con terapias biológicas

Desde el año 2000 se han ido desarrollando e incorporando nuevos fármacos biológicos para el tratamiento de diversas enfermedades articulares inflamatorias crónicas como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, entre otras.

Las infecciones son uno de los efectos adversos más frecuentes asociados al tratamiento con terapias biológicas, requiriendo, en casos más graves, el ingreso hospitalario. "Dado que algunas de estas infecciones son prevenibles mediante la vacunación, es recomendable en un paciente que inicie este tipo de terapia, conocer el estado de susceptibilidad a infecciones (realización de serologías hepatitis B, hepatitis A, sarampión, rubeola, parotiditis y varicela) para completar la vacunación. Como criterio general, se recomienda la vacunación precoz en cuanto se realice el diagnóstico de la enfermedad, y siempre que sea posible, antes del inicio de la terapia biológica. Si el paciente está ya recibiendo terapia biológica no habría contraindicación para la administración de vacunas inactivadas", ha explicado la Dra. Mª Victoria Hernández, reumatóloga en el Hospital Clínico de Barcelona.

Asimismo, *"en mujeres con enfermedades autoinmunes se ha descrito una mayor prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano, infección vírica que se asocia con el desarrollo de cáncer cervicouterino. Dado que las terapias biológicas pueden favorecer la progresión de la infección vírica, podría producirse también un aumento del riesgo de esta neoplasia en estas pacientes. Por ello, la administración de esta vacuna también se recomendaría en ellas"*, ha destacado la Dra. Hernández durante su ponencia sobre novedades de vacunación y terapias biológicas, en el marco del III Curso de Terapias Biológicas realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de Pfizer.

Terapias biológicas y tratamiento de enfermedades autoinmunes

Desde el año 2000 se han ido desarrollando e incorporando nuevos fármacos biológicos para el tratamiento de diversas enfermedades articulares inflamatorias crónicas como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, entre otras.

"*Estos fármacos son importantes porque su desarrollo ha supuesto una revolución en el tratamiento de estas enfermedades autoinmunes sistémicas y un gran avance, consiguiendo que, en la actualidad, la remisión sea un objetivo realista en estas patologías"*, ha subrayado la Dra. Hernández.

"*La aparición de terapias biológicas dirigidas contra nuevas dianas terapéuticas, especialmente en espondiloartritis donde estábamos más limitados que en artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, ha supuesto una esperanza para aquellos pacientes en los que el bloqueo del TNF no era efectivo"*, añadía el Dr. Isidoro González, jefe de Sección en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid y coordinador, junto a los Dres. Raimon Sanmartí y Lucía Silva, del III Curso de Terapias Biológicas de la SER.

La Dra. Hernández y el Dr. González coinciden en la importancia que ha tenido para los pacientes este tipo de terapias. "El cambio ha sido espectacular, desde alargar su esperanza de vida, disminuyendo el número de muertes por eventos cardiovasculares, hasta reducir la colocación de prótesis articulares, disminuir la dependencia en pacientes que comienzan con estas enfermedades a una edad tardía y, cómo no, acortar y evitar las incapacidades laborales temporales y definitivas, respectivamente", ha destacado el Dr. González, al tiempo que matizaba que este mejor control de las enfermedades autoinmunes sistémicas ha sido posible gracias, no solo a este tipo de tratamientos, sino también a la actitud proactiva de los reumatólogos.

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.

Servicios de Urgencias y cardiopatías mortales, fuente de litigios

Los familiares de un paciente interpusieron una reclamación contra la Administración por la que se solicitaban 150.000 € en concepto de responsabilidad patrimonial tras el fallecimiento de su allegado. Esta reclamación fue desestimada por silencio administrativo de la Consejería de Sanidad pertinente.

Los familiares afirmaban que el paciente había acudido al servicio de Urgencias de un hospital público con dolor precordial de días de evolución y disnea a mínimos esfuerzos. Sin realizarle pruebas diagnósticas, ni las observaciones pertinentes, fue derivado a su domicilio pese a que se trataba de un paciente con cardiopatía isquémica conocida. Cuarenta y ocho horas después el paciente falleció por muerte súbita.

En vista de lo expuesto los recurrentes alegaban que la atención en Urgencias fue más que deficiente y que acabó provocando la muerte del paciente. Desde este punto de vista estimaban que tenían que ser indemnizados con la cuantía que habían expuesto desde el inicio.

La Administración afirmaba que se habían puesto a disposición todos los medios necesarios en este caso y que tras la valoración realizada al paciente procedía el alta hospitalaria, con sujeción al tratamiento que se le había pautado por su patología previa. De esta manera al no existir nexo causal entre la actuación y el resultado se solicitaba la desestimación íntegra del recurso.

La sentencia exponía el cumplimiento obligatorio de unos requisitos para que se diera la responsabilidad patrimonial de la Administración. Estos requisitos eran que el particular sufriera una lesión que no tuviera que soportar, que la lesión fuera real y susceptible de valoración económica y que el daño se produjera por el funcionamiento normal o anormal de un servicio público sin la existencia de una fuerza mayor. Además dejaba constancia de que en casos sanitarios hay que diferenciar aquellos en los que el daño se puede imputar a la actividad asistencial y los que derivan de la evolución natural de la enfermedad.

Finalmente, en base a los puntos expuestos, la sentencia delimitaba la responsabilidad del servicio público en la atención al paciente, exponiendo que lo que el recurso decía como cierto, no era así. Todo esto se basaba en que los datos en la historia clínica del paciente contradecían lo afirmado por los familiares, ya que cuando fue derivado a Urgencias por su médico de cabecera no presentaba dolor precordial, ni dolor opresivo de varios días de duración, ya que ese dolor había remitido con cafinitrina, presentando solo disnea a mínimos esfuerzos.

Esta afirmación se apoyaba en la coincidencia del director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y del director del Área de Gestión Clínica del Corazón que afirmaban en sus informes que las enzimas cardíacas no sugerían la existencia de un sufrimiento miocárdico agudo. Además la alteración se explicaba por la propia disfunción miocárdica conocida del paciente, con una función del ventrículo izquierdo severamente afectada, no demostrándose con el ECG, ni la radiografía, la existencia de un cuadro clínico agudo.

De esta manera existían datos objetivos que mostraban que el paciente no presentaba síntomas de isquemia, ya que la tropolina se encontraba dentro de los límites normales, ni tenía signos y síntomas suficientes como para derivarle a la unidad de Dolor Torácico, ya que se encontraba asintomático. Por ello sin síntomas que mostrasen otra indicación se le dio el alta con la indicación de mantener el mismo tratamiento que tenía pautado, tal y como defendía la Administración.

Con todo lo demostrado durante el juicio, es decir, la idoneidad y corrección de las técnicas médicas dispensadas al paciente, que se ajustaban a la lex artis ad hoc, el fallecimiento no podía calificarse de lesión antijurídica, si no que derivaba de la dolencia que presentaba el paciente previamente. De esta manera no podía atribuir a la actuación médica el resultado lesivo, por lo que se decidió desestimar el recurso sin pronunciarse de manera especial sobre las costas debido a las dudas de hecho que presentaba el supuesto enjuiciado.

..LexSanitaria

Lex Sanitaria
La información que te interesa

iSanidad Atención Primaria

DICIEMBRE 2016

Lo mejor de la Sanidad

Dormir poco y mal puede asociarse a un empeoramiento de la enfermedad renal, según investigación

Dormir no solo bien, sino también el tiempo suficiente es vital para tener una buena salud. Por ello, tanto la calidad, como la cantidad del sueño deben ir *"de la mano"* para que no que tenga repercusiones en nuestro quehacer diario, y a la larga, en nuestra salud.

"*Dormir poco y dormir de forma fragmentada son factores de riesgo significativos, pero poco valorados, de progresión de la enfermedad renal crónica"*, afirma la Dra. Ana Ricardo de la UIC.

La investigación contó con 432 adultos que padecen enfermedad renal crónica. Los investigadores monitorizaron sus hábitos de sueño de cinco a 7 días mediante monitores de muñeca. Luego hicieron un seguimiento más exhausitivo de su estado de salud durante una mediana de cinco años.

"Nuestra investigación se suma al conocimiento acumulado con respecto a la importancia de dormir para la función renal, y hace hincapié en la necesidad de diseñar y poner a prueba intervenciones clínicas para mejorar los hábitos de sueño en individuos con enfermedad renal crónica", indicó la Dra. Ricardo en un comunicado de prensa de la Sociedad Americana de Nefrología (American Society of Nephrology).

Los participantes durmieron un promedio de 6,5 horas por noche; 70 de ellos desarrollaron insuficiencia renal y 48 fallecieron, reveló el estudio.

Tras ajustar las estadísticas para que no quedaran sesgadas por otros factores de riesgo como podía ser el peso o la enfermedad cardíaca, los investigadores asociaron cada hora de sueño adicional en la noche con un riesgo casi un 19% más bajo de insuficiencia renal. Los que tenían peor calidad de sueño eran más propensos a desarrollar insuficiencia renal. Los investigadores también encontraron que las personas que tenían somnolencia durante el día, presentaban un 10% más de probabilidades de fallecer durante el periodo de seguimiento.

La investigación que, fue presentada en la Semana del Riñón de la Sociedad Americana de Nefrología (ASN, por sus siglas en inglés) que del 15 al 20 de noviembre se ha celebrado en Chicago, debe considerarse, como indica la ASN, preliminar hasta que se publiquen en una revista médica revisada por profesionales.

..Redacción

Científicos españoles obtienen nueva formulación de insulina más estable para tratar la diabetes

El grupo de científicos han obtenido una nueva tecnología que permite desarrollar fármacos más efectivos a partir de proteínas terapéuticas previamente transformadas en hidrogeles, técnica con la que logran una nueva formulación de insulina con mayor estabilidad y que resulta más efectiva para el tratamiento de la diabetes

Científicos de la Universidad de Granada y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), han presentado una nueva formulación de insulina más estable y efectiva, con una tecnología que permite desarrollar fármacos más efectivos a partir de proteínas transformadas en hidrogeles, para combatir esta enfermedad que actualmente afecta a unos 366 millones de personas en todo el mundo y en España el 13,8% de las personas mayores de 18 años tiene diabetes tipo 2, lo que equivale a más de 5,3 millones de ciudadanos.

El grupo de científicos han obtenido una nueva tecnología que permite desarrollar fármacos más efectivos a partir de proteínas terapéuticas previamente transformadas en hidrogeles, técnica con la que logran una nueva formulación de insulina con mayor estabilidad y que resulta más efectiva para el tratamiento de la diabetes. Estas proteínas terapéuticas tienen una vida media mucho más larga que las que se emplean en la actualidad, al haber sido convertidas en cristales, y permiten producir nuevas fórmulas farmacéuticas más eficaces, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida del paciente.

Esta investigación ha sido desarrollada por los investigadores de la Universidad de Granada Luis Álvarez de Cienfuegos y Juan José Díaz Mochón, en colaboración de José Antonio Gavira Gallardo, del Laboratorio de Estudios Cristalográficos del CSIC, y desde este mes cuenta con financiación del Instituto Europeo de Tecnología para acelerar los estudios "in vivo" y promover la transferencia de esta tecnología al mercado.

En un comunicado, los investigadores Luis Álvarez de Cienfuegos y Juan José Díaz Mochón han explicado que el número de proteínas terapéuticas que se usan para el tratamiento de distintas enfermedades ha aumentado enormemente en los últimos años gracias al avance de la biotecnología, lo que modifica la industria farmacéutica.

Para mejorar los problemas de estabilidad de estas proteínas se emplean dos técnicas distintas que requieren su modificación y en algunos casos pueden originar una reducción de su actividad e incluso toxicidad.

..Diego A. Mengual

El estrés severo causa entre el 15% y 20% de los ataques cardíacos

En España, mueren cerca de 40.000 personas al año. La mayoría de los fallecimientos por infarto se producen como consecuencia de arritmias que conducen a una parada cardiaca

Hay estudios que reflejan que entre un 15% y un 30% de los pacientes ingresados por parada cardiaca había sido víctima de estrés severo previamente.

La enfermedad cardiovascular sigue ocupando el primer puesto de la lista de las patologías más frecuentes y mortales de los países desarrollados. No es extraño entonces que las urgencias cardiológicas sean diariamente las más comunes en cada servicio de Urgencias.

El infarto agudo de miocardio es una de las urgencias más graves, de hecho, en España, mueren cerca de 40.000 personas al año. La mayoría de los fallecimientos por infarto se producen como consecuencia de arritmias que conducen a una parada cardiaca. Y, desafortunadamente, el 30% de los afectados mueren antes de llegar al hospital.

El estrés, importante factor de riesgo

La literatura científica lleva años contemplando la relación entre estrés e infarto. La liberación de hormonas de estrés (como la adrenalina) en el torrente sanguíneo aumenta la probabilidad de ataque cardíaco y muerte súbita, explica el Dr. Alvarez-Vieitez del Servicio de Cardiología del Hospital La Milagrosa de Madrid. De hecho hay estudios que reflejan que entre un 15% y un 30% de los pacientes ingresados por parada cardiaca había sido víctima de estrés severo previamente.

El estrés *'ataca'* al corazón por distintas vías: En primer lugar, un exceso de hormonas de estrés puede causar un infarto de miocardio. El estrés severo hace que el corazón lata más rápidamente, aumentando así el flujo de sangre a través de los vasos que pueden tener placas de ateroma. Este hecho es el que eleva el riesgo de rotura de las mismas, lo que a su vez puede originar un coágulo de sangre y, consecuentemente, un ataque cardiaco. En segundo lugar, la elevación de las hormonas de estrés también pueden actuar directamente sobre las placas de ateroma, alterándolas, o provocar un aumento del latido cardiaco.

Síntomas de un infarto

Las mujeres son más vulnerables a sentir tristeza y ansiedad que los hombres, de acuerdo con las investigaciones, y sentir la presión del estrés más que los hombres, tanto en el trabajo como en el hogar. Es importante poder reconocer los síntomas para poder llegar a tiempo al Hospital. Los principales son:

- dolor torácico
- falta de aire
- pérdida del conocimiento
- parada cardiaca.

Cómo prevenir el estrés

Según señala el Dr. Antonio Álvarez-Vieitez existen una serie de pautas y hábitos que ayudan a mitigar y controlar el estrés como:

- Practicar yoga o meditación.
- Pasar tiempo al aire libre en la naturaleza (parques, zonas verdes…)
- Hacer ejercicio regular (andar y pasear al menos 30 minutos al día)
- Sentarse en silencio y concentrarse en su respiración durante 10 minutos cada día.
- Pasar tiempo con amigos.
- Ver una película o disfrutar de la lectura de un buen libro.

(Continúa)

El estrés severo causa entre el 15% y 20% de los ataques cardíacos

Las urgencias cardíacas en el Hospital La Milagrosa

En el Hospital La Milagrosa se atienden cada día entre ocho y diez urgencias cardiacas de toda índole. Desde las más leves a las más graves. Concretamente, hablamos de infarto agudo de miocardio, arritmia súbita, arritmias bradicardias, choque cardiogénico, muerte súbita, insuficiencia cardiaca congestiva, entre otras. El equipo que asiste todas estas urgencias forma parte del Servicio de Cardiología del centro sanitario que trabaja 'codo con codo' con el de Urgencias.

El Servicio de Cardiología, dirigido por Dr. Carlos Macaya, en cuyo equipo están especialistas de la categoría del Dr. Álvarez-Vieitez o el Dr. Julián Pérez-Villacastín, cuenta con tecnología de última generación para el intervencionismo cardiovascular.

Una de las incorporaciones más relevantes son las nuevas Unidades de intervencionismo (Hemodinámica y Arrtimias) y la Unidad de imagen cardiaca con angiotac coronario y ecocardiodigrafia 3D transesofagico que completan la capacidad diagnóstica y terapéutica de la cardiología clínica.

Así, por ejemplo, la Sala de Hemodinámica está dotada con la última tecnología para el estudio y el tratamiento invasivo de las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio (una de las urgencias más frecuentes), la angina de pecho, enfermedades valvulares cardiacas, enfermedades congénitas, enfermedades de los vasos periféricos como las arterias carótidas, las arterias renales y la aorta.

Asimismo, el equipo cuenta con Radiología Intervencionista, una especialidad de la radiología en la que se utilizan técnicas de imagen para ejecutar procedimientos mínimamente invasivos, tanto de diagnóstico como para tratamientos específicos.

En el Hospital La Milagrosa se atienden cada día entre ocho y diez urgencias cardiacas de toda índole. Desde las más leves a las más graves.

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