

•En España el 37% de los niños entre 8 y 16 años sufre dolor crónico

 Un análisis de sangre podría predecir las respuestas adversas a fármacos individuales

- Atención Primaria denuncia las carencias estructurales y los recortes en la inversión pública en Primaria
- La Atención Primaria es el lugar idóneo para conseguir reducir los efectos del tabaquismo
- •SEMG insiste en un Consejo Interterritorial monográfico de los problemas reales del primer nivel asistencial
- Un tratamiento oral podría disminuir las consecuencias del infarto de miocardio sobre la función del corazón
- Mindfulness: qué es y porqué es importante para el profesional sanitario y el directivo
- ¿Cómo afecta la comunicación en un paciente oncológico?
- •El porqué de las Apps de salud que acaban en el olvido
- Consentimiento y perito, claves para demostrar la buena praxis en los tratamientos

www.isanidad.com

N. II • JUNIO 2017

Atención Primaria denuncia las carencias estructurales y los recortes en la inversión pública en Primaria





En España el 37% de los niños entre 8 y 16 años sufre dolor crónico

Consentimiento y perito, claves para demostrar la buena praxis en los tratamientos

Atención Primaria

Atención Primaria denuncia las carencias estructurales y los recortes en la inversión pública en Primaria



Según los últimos datos del propio Ministerio de Sanidad, un año más la inversión pública en gasto sanitario ha descendido en Atención Primaria.

El Foro ha reiterado la necesidad de ampliar las plantillas de AP de manera que se garantice la atención adecuada.

El Foro de Médicos de Atención Primaria ha vuelto a poner sobre la mesa las carencias estructurales de la Atención Primaria en España, donde las plantillas de los centros de salud siguen sufriendo el descenso en la inversión pública destinado a este nivel asistencial.

Según los últimos datos del propio Ministerio de Sanidad, un año más la inversión pública en gasto sanitario (el último para el que existen cifras actualizadas) ha descendido en Atención Primaria hasta representar únicamente el 14,2% de toda la asistencia sanitaria pública, lo que sigue haciendo descender la representación de Primaria en el total del gasto sanitario público en España. "Observamos con preocupación la actitud de la Adminis-

tración Sanitaria hacia la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema de salud para la población", han señalado los representantes del

En este sentido, el Foro ha reiterado la necesidad de ampliar las plantillas de AP de manera que se garantice la atención adecuada a la población todos los días del año. Esta reunión de todas las sociedades y organizaciones del Foro ha puesto de manifiesto una vez más el déficit estructural que la plantilla de Primaria, tanto de médicos de Familia como de pediatras, sufre en el Sistema Nacional de Salud. "No es sólo es una cuestión de suplencias en verano ni de poner parches, estamos ante un problema estructural. Nuestros cálculos indican que en España faltan más de 2.500 médicos de AP (entre médicos de Familia y pediatras) y en unos años, la situación va a empeorar con las próximas iubilaciones de miles de profesionales", han advertido.

Dolors Montserrat, para plantearle en primera persona la situación de la Atención Primaria en España. "Lamentamos que en el reciente Consejo Interterritorial no se haya dedicado ni un solo punto en el orden del día a la situación crítica de la AP en España pese que este Foro | ha solicitado reiteradamente un Consejo Interterritorial monográfico sobre Primaria", han señalado los representantes en su reunión, celebrada precisamente en esa

ocasión en el Ministerio de

Sanidad, a la que no ha acu-

dido ningún representante

..(Continúa)

ministerial.

Atención Primaria

Atención Primaria denuncia las carencias estructurales y los recortes en la inversión pública en Primaria (y II)



El Foro reivindica los Centros de Salud como lugar de atención a los ciudadanos.

En la reunión han estado representadas cada una de las sociedades y entidades que forman parte del Foro, la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Confederación Estatal Sindicato Médicos

(CESM), la Organización Médica Colegial (OMC), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), el Consejo de Estudiantes de Medicina (CEEM), y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). El Foro reivindica, entre otras cosas, los Centros de Salud como lugar de atención a los ciudadanos, tanto en su tarea asistencial, como preventiva v de promoción de la salud, reafirmando la longitudinalidad, humanización y cercanía de la Atención Primaria, mantenedora del alto nivel de asistencia sanitaria en nuestro país. Las carencias actuales se reflejan incluso desde la base del sistema, por lo poco atractivas que resultan las condiciones laborales de las plazas de Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria para los futuros médicos.



Descárgate



Tu App de Gestión de Turnos y Guardias

⊕৩७७ www.upcalendar.com

SanidadAtención Primaria

En España el 37% de los niños entre 8 y 16 años sufre dolor crónico



"Un poco más del 5% sufre el dolor crónico de forma severa".

"Hay mucho trabajo por hacer para mejorar la atención de los afectados, pero se perciben cambios positivos en distintos niveles y ámbitos".

Según el doctor Jordi Miró, coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor Infantil de la Sociedad Española del Dolor (SED), el correcto manejo del dolor infantil se perfila como un reto vital para la sociedad y los profesionales sanitarios, y es que así lo puso de manifiesto durante el XIV Congreso de la SED que, bajo el lema 'Avanzando en el estudio y tratamiento del dolor', se ha celebrado en Murcia.

Durante la sesión 'Dolor crónico infantil: retos y posibilidades', este especialista ha defendido la necesidad de concienciar a la población de que este trastorno tor. es real y, lo más grave, es más frecuente entre los niños y jóvenes de lo que puede parecer. "Este estudio estima que el 37% de los niños entre 8 y 16 años sufre dolor crónico en España, un porcentaje muy elevado, aunque de ellos poco más del 5% lo sufre de forma severa".

Para el doctor Miró, la alta incidencia de este trastorno en la población más joven contrasta con el desconocimiento en este campo por parte de los profesiona-

les y de la sociedad en general, por ello ha hecho especial hincapié en que el dolor influye de forma determinante en la calidad de vida del paciente, con independencia del grado de intensidad y de la causa.

Escasos recursos destinados a la investigación en dolor infantil

"Hay mucho trabajo por hacer para mejorar la atención de los afectados, pero se perciben cambios positivos en distintos niveles y ámbitos. Los profesionales cada vez están más interesados en esta materia", afirma el doctor.

Al respecto, el coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor Infantil de la SED lamenta los escasos recursos que se destinan a la investigación en dolor infantil y la falta de estructuras para un abordaje multidisciplinar completo que mejore la calidad de vida de los pequeños con dolor.

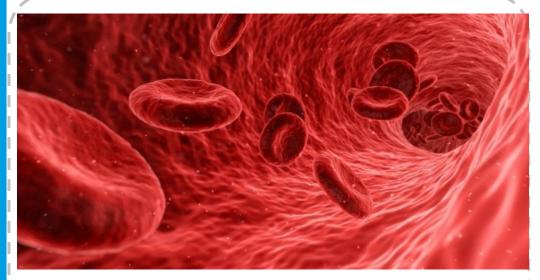
En este sentido ha indicado que "hasta ahora se han adaptado los modelos de éxito en adultos", pero falta algo más, que es "el paso definitivo" que "será diseñar protocolos específicamente para los niños". Por ello, añade, que "hay que tener en cuenta que la evaluación, por ejemplo, es totalmente diferente en menores de nueve años y en bebés de unos meses".

Para el doctor Miró, algunas iniciativas como la creación de una red de excelencia de investigación en dolor infantil en España o la cátedra de Cátedra de Dolor Infantil Universidad Rovira i Virgili-Fundación Grünenthal vislumbran un futuro esperanzador para la mejora del abordaje del dolor crónico infantil.

..Redacción



Análisis de sangre podría predecir las respuestas adversas a fármacos individuales



En la actualidad, algunas terapias pueden inducir daño a órganos a través de mecanismos que varían entre individuos.

La investigación muestra cómo las células derivadas de la sangre de un paciente ofrecen la primera oportunidad de probar la susceptibilidad de un individuo a daño hepático.

Investigadores de la Agency for Science, Technology and Research (A*STAR), diseñaron una técnica no invasiva desarrollada que podría ayudar a predecir la vulnerabilidad del paciente a los fármacos potencialmente tóxicos.

En la actualidad, algunas terapias pueden inducir daño a órganos a través de mecanismos que varían entre individuos. Estas reacciones idiosincrásicas son una razón común para la retirada de nuevos fármacos, y pueden ser un problema significativo durante el tratamiento de la enfermedad.

La investigación dirigida por Min-Han Tan y Hanry Yu del Instituto de Bioingeniería y Nanotecnología y el Centro Nacional del Cáncer muestra cómo las células derivadas de la sangre de un paciente

ofrecen la primera oportunidad de probar la susceptibilidad de un individuo a daño hepático idiosincrásico conocido como hepatotoxicidad; En este caso, de la droga del cáncer, pazopanib.

Actualmente no hay una manera fácil de predecir el daño idiosincrásico de una droga, "Pazopanib causa hepatotoxicidad idiosincrásica y biopsias de hígado no se realizan comúnmente debido a su naturaleza invasiva y riesgos potenciales", señaló Tan.

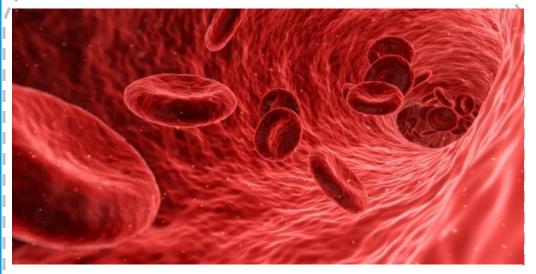
Los investigadores tomaron los glóbulos blancos de cinco pacientes que recibieron pazopanib para el cáncer metastásico de células renales, tres de los cuales exhibieron hepatotoxicidad. Ellos convirtieron estos glóbulos blancos en células madre, y luego en células similares a

hepatocitos (HLCs). Esto creó una población de células que retuvieron la genética y la morfología de las células hepáticas de cada paciente, sin los riesgos de una biopsia. Las células madre se trataron con pazopanib.

Después de 24 horas, los HLC tomados de los tres pacientes que presentaban hepatotoxicidad también experimentaron significativamente más muerte celular que los de los dos pacientes sin daño hepático.



Análisis de sangre podría predecir las respuestas adversas a fármacos individuales (y II)



"Actualmente, los nuevos fármacos se prueban para la toxicidad usando las células genéticas del hígado".

El equipo también descubrió el mecanismo por el cual pazopanib causa daño evaluando los cambios en la expresión génica de HLC después de la administración del fármaco.

Esto validó que la prueba puede modelar los efectos individualmente mediados de pazopanib en el hígado.

"Actualmente, los nuevos fármacos se prueban para la toxicidad usando las células genéticas del hígado, que no pueden modelar la reacción específica del paciente". Establecer HLCs específicos del paciente con las características que son representativas de la variación genética será valioso para la prueba farmacéutica.

El equipo también descubrió el mecanismo por el cual pazopanib causa daño evaluando los cambios en la expresión génica de HLC después de la administración del fármaco. En las células de ambos grupos de pacientes, los cambios en la expresión génica indicaron una res-

puesta al estrés inducido por fármacos. Sin embargo, los HLCs de individuos susceptibles a la hepatotoxicidad de un metabolismo diferencial del hierro, así como de otras variaciones genéticas de los HLC no susceptibles. Esto probablemente contribuye a los mayores niveles de daño celular y muerte y proporciona la primera evidencia experimental del mecanismo de acción de pazopanib en la hepatotoxicidad idiosincrásica.

Tan espera que la investigación de su equipo pueda utilizarse en el futuro para predecir la respuesta de un individuo a un tratamiento propuesto. "Planeamos expandir el enfoque a diferentes fármacos y órganos, y determinar la naturaleza de la toxicidad de los fármacos",

puesta al estrés inducido por fármacos. Sin embargo, los HLCs de individuos susceptibles a la hepatotoxicidad también mostraron evidencia de un metabolismo diferen- explica Tan. "Nuestro objetivo final es beneficiar a los pacientes y los médicos mediante la obtención de una mejor comprensión de la toxicidad".

..Redacción

SanidadAtención Primaria

La Atención Primaria es el lugar idóneo para conseguir reducir los efectos del tabaquismo

España se sitúa en el noveno puesto de los 28 países de la Unión Europea, con un 29% de fumadores en población de más de 14 años.

El tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva que produce 7.000.000 de muertes anuales en el mundo. En España la prevalencia de consumo de tabaco es superior a la media europea. En concreto, nuestro país se sitúa en el noveno puesto de los 28 países de la Unión Europea, con un 29% de fumadores en población de más de 14 años. A pesar de estos datos, "existe una auténtica desidia y abandono en las políticas de las comunidades autónomas y del propio Gobierno de la nación para frenar esta epidemia", según el Dr. Andrés Zamorano Tapia, que recientemente se ha incorporado como nuevo representante de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en la Junta Directiva del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

El tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva que produce 7.000.000 de muertes anuales en el mundo, 700.000 en Europa y 52.000 en España. A pesar de ser la primera causa de muerte evitable, "el tabaco no ocupa el lugar que le corresponde en las agendas de los políticos ni en las actividades formativas". Aprovechando ayer la celebración del Día Mundial sin Tabaco, el Dr. Zamorano hizo una llamada de atención para "fomentar la desnormalización del con-

sumo del tabaco".

Para hacer frente a esta auténtica epidemia, tal y como la califica la OMS, el nuevo representante de la SEMG en el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo considera prioritario llevar a cabo campañas de publicidad a nivel nacional para prevenir el consumo. Así mismo, se debería "hacer cumplir la legislación sobre publicidad (muchas veces encubierta) y de espacios sin humo".

El empaquetado genérico, es decir, un envase sin logotipos con el mismo color y forma para todas las marcas, sería otra de las iniciativas que podría frenar el tabaquismo, tal y como ya hacen en Francia, Reino Unido, Irlanda y Australia.

Regular el uso de los cigarrillos electrónicos en lugares públicos, y que éste sea "equiparable al consumo de tabaco", e insistir en nuevos espacios libres de humo, como hogares y vehículos privados, pensando sobre todo en los menores y otros colectivos vulnerables, son otras de las medidas que propone este experto que forma parte de los Grupos de Trabajo de Respiratorio y Cardiovascular de la SEMG. Y es que, según Zamorano, la Ley 42/2010 que modificó la Ley 28/2005 "supuso un gran avance en nuestro país".

La Atención Primaria es el lugar idóneo para conseguir reducir los efectos del tabaquismo. En este sentido, indica que sería conveniente impartir cursos de formación para los profesionales sanitarios "para que sus intervenciones sean efectivas a la hora de ayudar a sus pacientes a dejar de fumar".

Tratamientos farmacológicos subvencionados para dejar de fumar -como ya se hace en Canarias y Ceuta, y en Navarra próximamente- y subir los impuestos sobre el tabaco, "explicando y comprometiéndose a invertir esos fondos en políticas de prevención y ayuda a fumadores", son otras de las medidas que el Dr. Andrés Zamorano propone para combatir el consumo de tabaco en nuestro país.

Atención Primaria

SEMG insiste en un Consejo Interterritorial monográfico de los problemas reales del primer nivel asistencial



La SEMG señaló la falta de relevo de profesionales con las futuras jubilaciones.

Los responsables de la SEMG trasladaron durante el encuentro la bosición de la sociedad médica sobre la futura troncalidad.

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) ha solicitado en el Ministerio de Sanidad la convocatoria de un Consejo Interterritorial monográfico de Atención Primaria en el que se puedan abordar los grandes problemas que tiene la profesión y el primer nivel asistencial. Entre ellos, la SEMG señaló la falta de relevo de profesionales con las la escasa coordinación que hay entre las distintas comunidades autónomas en los procesos formativos de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, que frecuentemente son considerados como "mano de obra barata" en los hospitales de referencia.

Este fue uno de los puntos tratados durante la reunión mantenida con el secretario general de Sanidad y Consumo, José Javier Castrodeza Sanz, en la que estuvieron presentes el presidente de la SEMG, el Dr. Antonio Fernánma, así como los vicepresidentes de esta sociedad médica Diego Vargas Ortega y Pilar Rodríguez Ledo.

Además de la solicitud de un

Consejo Interterritorial de AP que persiga, entre las diferentes comunidades autónomas, "la coordinación, homogeneidad y equidad de todo el sistema", y en el que se desarrollen aspectos concretos de la mejora del primer nivel asistencial basados según el Dr. Vargas- en sus "necesidades actuales y reales", los responsables de la futuras jubilaciones, así como SEMG trasladaron durante el encuentro la posición de la sociedad médica sobre la futura troncalidad.

> En este sentido, la Dra. Rodríguez Ledo puso sobre la mesa algunos de los requisitos básicos que serían necesarios para que la troncalidad mejore el sistema formativo actual. Entre ellos, señaló la definición de los entornos formativos y de los programas de las especialidades, haciendo énfasis en el tronco común y en los desarrollos específicos de cada una de las especialidades. Así mismo, para la SEMG es priorita-

dez-Pro Ledes- rio que toda decisión se ajuste a objetivos docentes y se fijen los modelos de evaluación.

> "La troncalidad aplicable con estos requisitos, para que sea sostenible, tiene que mejorar el procedimiento actual y, desde luego, nunca ponerlo en peligro", aportando soluciones a dos problemas concretos. Por un lado, el problema de las acreditaciones de los dispositivos y unidades docentes, sistema que actualmente está bloqueado, con acreditaciones pendientes desde 2012. Desde la SEMG se propone recuperar el modelo que se había explorado con el desarrollo previo de la troncalidad, que daba responsabilidad al conjunto de la unidad docente, jefe de estudios, gerencia respectiva y comunidad autónoma, para acreditar de forma provisional, y que posteriormente sea valorado a través de una auditoría que de paso a la acreditación definitiva.

Atención Primaria

SEMG insiste en un Consejo Interterritorial monográfico de los problemas reales del primer nivel asistencial (y II)



Los residentes son voluntarios, tienen la misma carga de trabajo que los demás y, además, se dedican a labores docentes.

El modelo de formación sanitaria especializada es uno de los mejores modelos que hay a nivel europeo y a nivel mundial.

El otro problema que debe resolver la troncalidad es el del reconocimiento y profesionalización de los actores docentes en la formación sanitaria especializada. El reconocimiento del tutor se debe hacer con los desarrollos autonómicos del Real Decreto 183/2008. Si bien, hay algunas comunidades autónomas que si lo tienen desarrollado, "la aplicación es parcial". Lo que interesa es que se determinen bien los miembros y roles de la estructura docente (tutor, colaborador docente, cotutor y jefe de servicio) y que además se reconozca su función desde el punto de vista académico y laboral.

No se les reconoce su labor voluntaria

Hay que tener en cuenta que los tutores de los residentes son voluntarios, tienen la misma carga de trabajo que los demás y, además, se dedican a labores docentes. "No solamente es que los

tutores no cobren por ello, sino que no se les reconoce a ningún efecto. ni académico ni de ningún tipo". A pesar de ello, el mo-

ción sanitaria especializada es uno de los mejores modelos que hay a nivel europeo y a nivel mundial, "pero basado en el voluntarismo y con los problemas de nuestro sistema sanitario, en cuanto a estructura y personal, por lo que se está resquebrajando", según la vicepresidenta de la SEMG.

Al final, "la labor docente es una labor que se está realizando desde el voluntarismo y entendemos que se debe regular, de manera que se cumplan los objetivos docentes que se establezcan y, en el caso de que se cumplan y la evaluación sea satisfactoria, que obtengan un reconocimiento como en cualquier otro procedimiento", en palabras de Pilar Rodríguez Ledo.

Inclusión de la ecografía en

Por último, otro de los temas que se solicitaron nuevamente desde la sociedad médica al secretario general de Sani-

dad y Consumo fue la inclusión de la ecografía en la cartera básica de servicios de Atención Primaria, propuesta que se trasladó hace una semana a la directora general de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, Encarnación Cruz Martos.

delo de forma- Castrodeza fue muy receptivo con esta medida, cuya implantación, según el presidente de la SEMG, debe ir tras una "estrategia previa" como, por ejemplo, un proceso de formación para poder trasladar así la ecografía desde el punto de vista clínico que apoya la sociedad médica, es decir, como apoyo a la exploración por parte del médico de familia y como aumento de la capacidad resolutiva de la Atención Primaria.

Atención Primaria

Un tratamiento oral podría disminuir las consecuencias del infarto de miocardio sobre la función del corazón



Estudios previos habían demostrado que la activación de las calpaínas desembeña un papel importante en la muerte de células miocárdicas.

Este estudio demuestra por primera vez que la inhibición crónica de las calpaínas es posible mediante un tratamiento oral y puede representar una estrategia terapéutica.

El grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), grupo miembro del CIBERCV y liderado por el Dr. David Gacía-Dorado, ha llevado a cabo un estudio con ratas en el que han demostrado por primera vez que la inhibición crónica de las calpaínas (unas enzimas activadas por el aumento del calcio intracelular) es posible mediante un tratamiento oral y podría convertirse en una estrategia terapéutica para atenuar los daños en el corazón tras infarto agudo de miocardio.

En estudios previos habían demostrado que la activación de las calpaínas desempeña un papel importante en la muerte de células miocárdicas durante la reperfusión y que su inhibición disminuye el tamaño del infarto.

En el presente estudio, publi-

cado en la revista Cardiovascular Research, utilizando un modelo de infarto por oclusión coronaria transitoria en ratas, el Dr. Javier Inserte y colaboradores demuestran que las calpaínas persisten sobreactivadas durante las semanas siguientes a un infarto y que esa sobreactivación desempeña un papel fundamental en la aparición del remodelado ventricular adverso (una serie de cambios que afectan al corazón después del infarto favoreciendo la aparición de arritmias).

"La administración oral diaria de un nuevo inhibidor de las calpaínas -con propiedades específicas que lo hacen absorbible por vía oral- previene esta sobreactivación, reduce el remodelado ventricular y mejora la función contráctil a los 21 días del infarto, incluso si el tratamiento se comienza un día

después del episodio de oclusión coronaria, disminuyendo la hipertrofia, la fibrosis y la inflamación en el miocardio no infartado", explica el Dr. Javier Inserte, investigador principal del grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares del VHIR. Los resultados sugieren que este efecto protector de la inhibición de la calpaína es debido a la prevención del efecto de la calpaína sobre moléculas reguladoras de la expresión génica.

Este estudio demuestra por primera vez que la inhibición crónica de las calpaínas es posible mediante un tratamiento oral y puede representar una estrategia terapéutica dirigida a atenuar el remodelado adverso y la insuficiencia cardiaca en pacientes que sobreviven a un infarto agudo de miocardio", resalta el Dr. García-Dorado. Dada la importancia del remodelado adverso postinfarto como causa de insuficiencia cardíaca y la ausencia de tratamientos capaces de prevenirlo eficazmente, estos resultados son muy prometedores.

Atención Primaria

Un tratamiento oral podría disminuir las consecuencias del infarto de miocardio sobre la función del corazón (y II)



El mecanismo por el que los sobrevivientes a un infarto desarrollan insuficiencia cardiaca es el remodelado ventricular adverso.

El infarto de miocardio

El infarto de miocardio, un cuadro causado generalmente por la oclusión trombótica de una arteria coronaria, es una de las principales manifestaciones de la cardiopatía isquémica.

Aunque la reapertura urgente de la arteria ocluida mediante angioplastia primaria

o con trombolíticos, ha disminuido notablemente la mortalidad en la fase aguda del infarto, muchos pacientes sobreviven con un daño miocárdico importante y desarrollan posteriormente insuficiencia cardíaca, una situación cada vez más prevalente, con mortalidad elevada y con un enorme impacto personal, social y económico.

El mecanismo por el que los sobrevivientes a un infarto desarrollan insuficiencia cardiaca es el remodelado ventricular adverso, una serie de cambios que afectan no solo a la zona infartada sino a la totalidad del corazón produciendo dilatación ventricular progresiva, aparición de fibrosis en el miocardio, disminución de la función contráctil y alteraciones de la propagación del impulso eléctrico que favorecen la aparición de arritmias graves.

Por ello, el desarrollo de tratamientos eficaces aplicables que interfieran con los mecanismos celulares y moleculares implicados en el remodelado ventricular adverso constituye un objetivo prioritario en la lucha para disminuir el impacto socio sanitario de la cardiopatía isquémica.







Valor Salud Todos los viernes de 10h00 a 11h00



OSanidad Atención Primaria

Mindfulness: qué es y porqué es importante para el profesional sanitario y el directivo



Mindfulness es el estado ideal para rendir y dar lo mejor de nosotros mismos a los demás ya seamos clínicos o directivos.

Cada uno de nosotros deberíamos saber cómo relajarnos, cuanto debemos descansar y que pausas debemos hacer para estar bien.

No me gustan los anglicismos que provoca. pero en este caso es difícil encontrar un vocablo español que se adapte su significado. Si tuviera que definirlo sería algo así: "estar en un estado de alerta y plena consciencia, pero a la vez de relajación, paz y plena presencia. Tranquilo pero alerta, relajado pero lúcido para tomar la decisión correcta".

¿A quién no le gustaría que su médico estuviera así cuando lo explora y tiene que hacer un diagnóstico, poner un tratamiento o ajustarlo? ¿A quién no le gustaría que su jefe, superior jerárquico o compañero al que tienes que consultar, o con el que va a hablar de algún problema en el que tiene que apoyarte o aportar la solución te recibiera así?: alerta, en paz, dejándote expresarte, reflexionado sobre lo que le has contado, captado instantáneamente la esencia del problema que expones y la situación

Esto es porque sabemos que el médico que está en ese estado tiene más probabilidad de acceder a sus conocimientos y más opciones de que no se le escapen signos y síntomas para hacer el diagnóstico correcto.

Es porque detectamos que en ese estado al que hablamos está más preparado para comprendernos y ayudarnos. No va interponer sus prejuicios, moldes, miedos, prisas e inseguridades.

Por eso no nos gusta que nos atienda un médico con prisas, ausente, estresado o con falta de sueño. Y tampoco nos es agradable que nos atienda un directivo ausente, con prisas, estresado, y al que notamos que no le importa lo que le contamos, o que contemos lo que le contemos tiene ya la idea preconcebida o el juicio hecho sobre lo que le dices.

Mindfulness es el estado ideal para rendir y dar lo mejor de nosotros mismos a los demás ya seamos clínicos o directivos. Y ambas profesiones clínicos y directivos son para dar lo mejor.

No se nos escapa a ninguno que hay muchos problemas y condicionamientos para no estar así. Se nos puede ocurrir mil justificaciones razonables y plausibles pero sabemos que de otra forma no ofrecemos lo mejor, por ello debemos de intentarlo a pesar de las circunstancias adversas.

Y para ello no me gusta dar recetas. Cada uno de nosotros deberíamos saber cómo relajarnos, cuanto debemos descansar y que pausas debemos hacer para estar bien.

Sin embargo, quizá no estemos acostumbrados culturalmente a una serie de prácticas que ayudan mucho. La primera la relajación o meditación, actividad poco conocida y practicada en el sector y que incluso puede verse como una pseudociencia cuando está estudiada desde el punto de vista científico, y que además puede ser muy diversa.



Mindfulness: qué es y porqué es importante para el profesional sanitario y el directivo (y II)



ductivos. Seguro que eso dispara los beneficios para nuestros pacientes, nuestros colegas y para nosotros mismos.

..Carlos Alberto Arenas. Ges-

tor Sanitario y Vicepresiden-

te de la Fundación Economía

y Salud

Dormir bien es fundamental y problemas que sueño tratando de no recurrir a los medicamentos.

Hablo de una relajación o meditación laica sin connotaciones religiosas que relaja mente y cuerpo. El efecto de esta relajación también puede conseguirse rápidamente con actividades alternativas de ocio que nos llenen. Muchas veces en la naturaleza incluyendo actividad física.

Dormir bien es fundamental y solucionar los problemas que producen mal sueño tratando de no recurrir a los medicamentos. La higiene del sueño es algo que también se enseña poco y tiene que ver con el tipo de cama, colchón, almohada y como se comporta nuestra vías aérea al dormir. Es importante que nuestro cerebro se oxigene bien durante el sueño y solucionar los problemas que puedan impedirlo.

El estado de ánimo también afecta a nuestra capacidad de estar alerta, despierto y relajado. Conseguir que sea

positivo, alegre y motivado también es un arte.

En los sitios de trabajo la dirección y los mandos intermedios deberían de saber que es necesario espacios de descanso y relax, y sobre eso muchas empresas modernas, como Google, nos llevan siglos de ventajas ofreciendo posibilidades de relajación y esparcimiento no vistas en nuestras empresas e instituciones, donde parece que está mal visto descansar, cuando un descanso a tiempo es fundamental para luego trabajar mucho mejor.

En fin, puede ser muy complicado e influyen muchos factores para alcanzar un estado de alerta óptimo, pero vale la pena intentarlo y que cada cual elimine los problemas y obstáculos que le impidan alcanzar un estado de mindfulness aunque sea unas pocas horas al día donde podemos ser más pro-

solucionar los producen mal

de estar alerta, despierto y relajado.

El estado de ánimo

también afecta a

nuestra capacidad

OSanidadAtención Primaria

¿Cómo afecta la comunicación en un paciente oncológico?



Son todavía escasos
los estudios sobre
cómo la
comunicación
médico-paciente
puede llegar a
afectar también
estos índices.

La comunicación
interpersonal, la
empatía y la
escucha activa son
tres de las
características que
un buen oncólogo
debería valorar más

Las expectativas sobre la eficacia de la radioterapia en pacientes con cáncer de pulmón incurable, es el título del estudio que demostró que más de 2/3 de los pacientes no habían entendido que la radioterapia era únicamente paliativa y que no podía curar su enfermedad. Aunque ello no afecta al efecto del tratamiento propiamente dicho, sí que afecta sobremanera a las decisiones que toma el paciente para afrontar su enfermedad y gestionar su vida.

En el ámbito de la oncología se realizan multitud de estudios e investigaciones sobre nuevos tratamientos con el fín de mejorar los índices de supervivencia, la clave del increíble avance realizado en oncología los últimos 15 años.

A pesar de ello, son todavía escasos los estudios sobre cómo la comunicación médico-paciente puede llegar a afectar también estos índices. Hace tiempo que los oncólogos somos conscientes que una buena comunicación afecta en los índices de adhesión del paciente al tratamiento.

El Dr. Josep Baselga, actual Director Médico del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, afirmó en una entrevista el pasado abril en XLSemanal que "¡Yo a los médicos que comunican mal no los quiero! La parte humana es clave. El poder de un médico es tremendo, puede hacer que una persona se cure o no" y añade, "es más, he creado un programa en Memorial de comunicación para médicos y los que no veo buenos los envío ahí. Es

un laboratorio de comunicación con psicólogos que enseñan a nuestros médicos cómo comunicarse con los pacientes".

La comunicación interpersonal, la empatía y la escucha activa son tres de las características que un buen oncólogo debería valorar más y trabajar más. Porque, al fin y al cabo, nosotros no tratamos únicamente la enfermedad sino al paciente y su bienestar.

..Blog de residentes de Vall d'Hebron



El porqué de las Apps de salud que acaban en el olvido

esaluc

Para que una App sea exitosa es imprescindible tener en cuenta su destinatario final.

La privacidad de los datos es una de las cuestiones que actualmente más preocupa cuando hablamos de eSalud. Son muchas las aplicaciones de salud disponibles para nuestros smartphones y tablets y casi tantas las que caen en el olvido porque, una vez descargadas, no aportan al usuario lo que este esperaba de ellas. El origen de tanto abandono reside, en muchos casos, en que se han hecho sin contar con todos los agentes implicados. Para que una App sea exitosa es imprescindible tener en cuenta su destinatario final. Con el objetivo de compartir y colaborar en este campo, se ha celebrado en Madrid el II Hackathon Nacional de Salud.

Cocrear

El encuentro ha contado con la participación del vicepresidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, quien durante su intervención ha defendido, precisamente, la importancia de la cocreación: "Sólo con la colaboración de todos, profesionales sanitarios, usuarios, tecnólogos y Administración podemos enfrentarnos al reto

de crear programas que sean beneficiosos para la salud de los ciudadanos".

eSalud y Enfermería

Asimismo, el vicepresidente ha destacado el apoyo del Consejo General a la eSalud y ha expuesto algunos ejemplos de iniciativas en esta línea como la plataforma de prescripción dirigida a enfermería que permitirá, por ejemplo, consultar posibles interacciones entre medicamentos. Durante esta segunda edición del Hackaton de Salud, su coordinador, Carlos Mateos, ha destacado el papel de la enfermería en salud digital: "La enfermería destaca sobremanera. Hay muchas enfermeras que han creado aplicaciones y se han buscado la vida como han podido para hacerlo". Como ejemplo, ha puesto el de Ruth Molina y Mercedes Muñoz, del Complejo Hospitalario de Granada, que han diseñado una aplicación dirigida a pacientes en diálisis, familiares y cuidadores que les permite cuantificar el agua de los

alimentos.

En sus declaraciones a Canal Enfermero, Carlos Mateos ha insistido también en la importancia de la accesibilidad a las Apps: "Cuando se hace una Aplicación, hay que tener en cuenta las personas a las que va destinada. Personas que a lo mejor tienen problemas de visión, de movilidad... En el caso de la enfermería, por ejemplo, nos pedían Apps en las que no tuvieran que utilizar las manos".

Privacidad

La privacidad de los datos es una de las cuestiones que actualmente más preocupa cuando hablamos de eSalud y es que, como ha explicado Carlos Mateos, "muchas veces, cuando tenemos una aplicación, estamos compartiendo información personal sin saber a dónde va, sin que el usuario tenga derecho a rectificar ese tipo de datos, y claro, eso es muy vulnerable a cualquier ataque, no sólo ya por un virus informático sino por cualquiera que pueda entrar y distribuir esos datos a terceros".



Consentimiento y perito, claves para demostrar la buena praxis en los tratamientos



Una paciente interpuso una demanda en la que se reclamaba por 9.000 € en concepto de daños y perjuicios tras tratamiento de ácido hialurónico.

Las partes estaban de acuerdo en que la medicina es una ciencia de la que deriva una obligación de medios. Este es un caso en el que podemos confirmar dos extremos. El primero, que el perito médico debe ser especialista en la materia que se enjuicia ya que su credibilidad es mayor. El segundo, que el contenido del consentimiento informado es importante, pero también poder demostrar que la información que está plasmada en el mismo ha sido transmitida antes de realizar el tratamiento.

Una paciente interpuso una demanda en la que se reclamaba por 9.000 € en concepto de daños y perjuicios tras tratamiento de ácido hialurónico. Alegaba que el tratamiento se realizó incorrectamente, ya que le había aparecido un nódulo en el lugar donde se aplicó el tratamiento y, sobre todo, se incidía en la existencia de un consentimiento informado a todas luces defectuoso que se había firmado el mismo día del tratamiento.

El doctor contestó a la demanda manifestando que para realizar el tratamiento se habían seguido los protocolos exigidos por la ciencia médica y que el contenido del consentimiento informado se adecuaba a la normativa vigente. Cuando se admitió la prueba presentada posteriormente la defensa de la paciente modificó sus alegaciones, basando su reclamación únicamente en el consentimiento informado. Con todo esto, se celebró el juicio en el que se practicaron dos pruebas periciales, la de la demandante y la del doctor.

En la ratificación del perito que elaboró el informe presentado por la paciente, quedó constancia de que el facultativo no era especialista en la materia, por tanto, no podía concretar si las lesiones que alegaba la demandante eran típicas o no. Igualmente, tampoco podía afirmar si el contenido del consentimiento informado era correcto, por ello, y aunque lo intentó, terminó centrándose en la valoración de las presuntas secuelas.

En las conclusiones, las partes estaban de acuerdo en que la medicina es una ciencia de la que deriva una obligación de medios aunque el tratamiento esté incorporado en la llamada medicina satisfactiva, ya que, independientemente de que el consentimiento informado fuera aceptable, expresaba que no se garantizaba el resultado del tratamiento y por ello, no se trataba de una obligación de resultados.

En esta consulta previa, la misma cumplimentó un formulario de antecedentes donde constaba el tratamiento concreto que se le realizó. Por ello, el juez confirmaba que sabiendo el tratamiento específico la paciente fue informada de los pormenores del tratamiento. Por este motivo se desvirtuaba la alegación acerca de la firma del consentimiento el mismo día de la intervención.

A pesar de que la representación de la paciente se apoyó en que nódulo y granuloma son elementos totalmente diferenciados, el perito aportado por el doctor dejó constancia de que no son conceptos tan alejados y que, de acuerdo a las pruebas existentes, la paciente presentaba un granuloma. Por tanto, sí había sido informada correctamente de los riesgos con antelación suficiente.

..LexSanitaria

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





C/ Pez Volador, 22 · 28007 Tel: 91 504 55 16 www.unitecoprofesional.es



