iSanidad
Atención Primaria

www.isanidad.com

N. 17 • ENERO 2018

•Fundación para la Diabetes marca un decálogo de pautas a seguir para la diabetes

•Proyecto KRISTINA para aliviar las consultas de Atención Primaria saturadas por inmigrantes con dificultades lingüísticas y culturales

•La ausencia de documentación clínica también condena a los médicos

•La equidad en la vacunación a través de un calendario único según la AEP

•Tecnología punta humana

•La única respuesta ética ante el final de la vida son los cuidados paliativos

•El 85% de los pacientes con psoriasis tienen alguna enfermedad asociada

•Manual de vacunas para padres realizado por los pediatras de Atención Primaria

•Un 85% de pediatras de AP cree que no dedica el tiempo suficiente por visita

Fundación para la Diabetes marca un decálogo de pautas a seguir para la diabetes

Proyecto KRISTINA para aliviar las consultas de Atención Primaria saturadas por inmigrantes con dificultades lingüísticas y culturales

La ausencia de documentación clínica también condena a los médicos

iSanidad
Atención Primaria

Fundación para la Diabetes marca un decálogo de pautas a seguir para la diabetes

La diabetes tipo 2, que supone el 95% aproximadamente de los casos, afecta a 5,3 millones de personas en España, cifra que supone el 13,8% de la población. Con el objetivo de mantener esta enfermedad bajo control, la Fundación para la Diabetes ofrece unas recomendaciones que comprenden desde la formación en la materia hasta la correcta toma de la medicación, pasando por hábitos de vida saludables y por llevar a cabo revisiones oftalmológicas.

La Fundación marca las siguientes pautas a seguir ante esta patología:

1. La educación del paciente para que conozca las pautas de autocuidado, de adherencia al tratamiento y la necesidad de llevar a cabo un control metabólico.

2. El cuidado de la alimentación, aspecto clave para el control de la enfermedad y para evitar la aparición de complicaciones. Para establecer la dieta adecuada y personalizada, es preciso tener en cuenta otros aspectos de la vida del paciente, tales como el ejercicio físico que realiza, la medicación que toma para otras patologías, y sus niveles de colesterol y de tensión.

3. El control de los niveles de hidratación, dado el riesgo más elevado de deshidratación que implica tener un elevado nivel de glucosa en sangre y que los riñones intenten eliminarla a través de la orina. El paciente puede recurrir, de manera ocasional, a otras bebidas tales como los zumos naturales sin azúcares añadidos, los refrescos que contienen edulcorantes en vez de azúcar, las infusiones o las bebidas para deportistas.

4. La práctica de ejercicio físico de manera regular con el objetivo de mejorar la tensión arterial, el colesterol y la función cardiovascular.

5. La realización de los pertinentes controles de glucosa con frecuencia y estructuradamente, hasta un total de 5 ó 6 al día.

6. La actuación rápida ante los síntomas de una hipoglucemia.

7. La evitación de las complicaciones de la diabetes, manteniendo las cifras de glucosa en sangre en el nivel correcto antes y después de las comidas, así como un control del nivel de colesterol y de la presión arterial.

8. La realización de revisiones oftalmológicas, principalmente del estado de la retina.

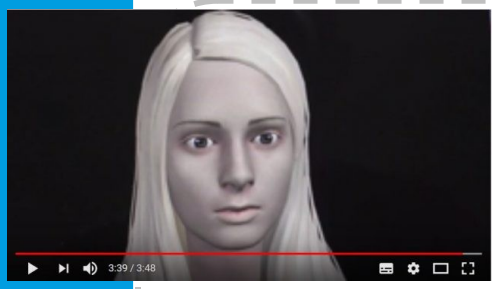
9. El cuidado de los pies, principalmente a nivel circulatorio y de comprobar que no existan lesiones.

10. La adherencia al tratamiento, uno de los pilares que es preciso seguir para controlar la enfermedad. Para la diabetes tipo 1 se administra la insulina como base farmacológica; y para la diabetes tipo 2 existen diferentes fármacos orales además de la insulina.

..Flor Cid

iSanidad
Atención Primaria

Proyecto KRISTINA para aliviar las consultas de Atención Primaria saturadas por inmigrantes con dificultades lingüísticas y culturales



KRISTINA es un proyecto de la Unión Europea coordinado por el director del Grupo de Investigación en Tratamiento Automático del Lenguaje Natural (TALN) de la Universitat Pompeo Fabra (UPF) de Barcelona, Leo Waner, que cuenta con la participación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), como responsable de los contenidos científicos del ámbito de la salud.

Tres años de trabajo conjunto de organizaciones, universidades y centros de investigación de ocho países europeos, entre los que se encuentran Alemania, Francia, Grecia y Holanda, convierten a este proyecto en una realidad. Estamos ante un agente humano virtual orientado a comunidades de inmigrantes con problemas de integración y de uso correcto de los sistemas sanitarios de sus países de acogida, especializado en cuestiones sanitarias. Hoy, KRISTINA es capaz de adaptarse a las peculiaridades culturales y lingüísticas de las comunidades turca, polaca y del norte de África en Alemania y en España.

El objetivo del proyecto KRISTINA es desarrollar una solución tecnológica que actúe como agente socialmente competente y comunicativo, facilitador de la superación de las barreras lingüísticas y culturales de las personas inmigrantes en los servicios de atención sanitaria y geriátrica en los países anfitriones.Su financiación viene de la mano del programa Horizon 2020, uno de los principales de la Unión Europea en materia de desarrollo tecnológico orientado al progreso tecnológico y social.

Leo Waner manifiesta que: "*KRISTINA es un proyecto europeo financiado por la Comisión Europea con el objetivo de desarrollar un agente social interactivo que ayude a la gente que no habla el idioma del país y tiene problemas para comunicarse con los médicos. KRISTINA puede darte indicaciones y puede aconsejarte consultar a un médico de una u otra especialidad, el médico adecuado. A los pacientes les puede ayudar incluso sin que el paciente se traslade a la consulta; no hace falta que el paciente vaya a verte, sino que puede consultar y hablar con KRISTINA en casa. El médico puede ayudar a KRISTINA para que se comunique con los pacientes que no hablan el idioma que hablo yo como médico. Porque todos hablamos de manera diferente, pronunciamos más claro o menos claro, y la máquina tiene que entendernos acústicamente. Con el primer prototipo de KRISTINA se podrá ver cómo interactúa, de manera todavía un poco limitada, pero sí cómo conversa con los humanos*".

Para Alu Evans, del Grupo de Tecnologías Interactivas de la UPF: "*Todos los datos de los otros socios nos llegan a nosotros y nosotros tenemos que incorporar todo y crear el avatar, que al final es el resultado más visual del proyecto. En este caso, en lo que nosotros hemos estado trabajando ha sido en temas y gráficos 3D por la web y personajes virtuales por la web*".

En opinión de Gerhard Eschweiler, investigador de la Universidad de Tübingen: "*Nos propusieron participar en el proyecto para aportar casos de gente mayor que necesita cuidados para que probasen el Avatar de KRISTINA. Ahora están en contacto con personas de la vida real en una determinada situación o en medio de un tratamiento, y esto les motivará y al mismo tiempo conseguimos un impacto en una demanda muy extendida en nuestras sociedades*".

Objetivo: desarrollar una solución tecnológica que se traduzca en un agente facilitador de la superación de las barreras de los inmigrantes en materia sanitaria

Tres años de trabajo conjunto hacen realidad el proyecto KRISTINA y puede da indicaciones y puede aconsejar consultar a un médico de una u otra especialidad, el médico adecuado

No da igual.

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

Calle Rafael Herrera, 11, 28036 Madrid

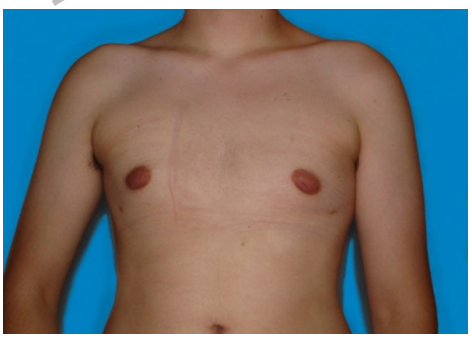
917320593 **info@team-service.es**

TEAM SERVICE

Nuestra experiencia, a su servicio.

iSanidad
Atención Primaria

La ausencia de documentación clínica también condena a los médicos



Esta semana traemos una sentencia de segunda instancia en la que no solo se ratificó la mala praxis de un médico, sino que además se le duplicó la cantidad indemnizatoria hasta los 40.000 euros.

El caso se remonta a una primera reclamación de un paciente contra el facultativo por una necrosis en el pezón tras varias operaciones de mastectomía por ginecomastia. Tras este primer juicio el médico fue condenado por mala praxis y a indemnizar a su paciente con 20.000 euros.

En el primer juicio el doctor alegó que el daño de la necrosis no obedecía a una actuación negligente de la práctica quirúrgica, sino que se debió a un proceso infeccioso cuya aparición no se pudo evitar a pesar de la profilaxis antibiótica.

A lo largo del juicio se demostró que esto no era del todo correcto ya que este cirujano solo había aplicado profilaxis en la zona tratada durante la operación sin pautar antibióticos tras la intervención. El tratamiento recomendado se limitó a analgésicos y antiinflamatorios. Estos hechos fueron ratificados por el cirujano ayudante, uno de los testigos del juicio.

Además el doctor tampoco fue capaz de aportar otros documentos fundamentales para demostrar su inocencia. No se consiguió aportar un consentimiento informado de la intervención que pudiera demostrar al menos que el paciente había consentido en afrontar los riesgos inherentes a la operación. Tampoco se aportó el informe de alta, del que se pudieran inferir los cuidados que debía seguir el paciente, así como el resto de documentos esenciales para demostrar la inocencia, al menos parcial, del cirujano.

En este caso, además, cobró especial relevancia el consentimiento informado. Uno de los peritos explicó que la necrosis que sufrió el paciente no suele ser una complicación habitual en estas intervenciones, dada la patología de base. La ausencia del consentimiento no pudo demostrar que hubiera avisado al paciente de esta posibilidad, aunque fuera muy remota.

No contento con este desenlace el doctor recurrió la sentencia, reafirmándose en que la infección que terminó en necrosis no se podía haber evitado de ninguna manera.

A pesar de los intentos de la defensa no se pudo afirmar con certeza que la necrosis fuera una causa exógena de la intervención practicada.

El problema adicional surgió cuando el tribunal reexaminó los argumentos de la primera sentencia que condenaron al cirujano. En ellos se mencionaba exclusivamente que el daño se circunscribía al ámbito médico, sin consideraciones hacia la parte estética del tratamiento. Esta segunda sentencia estimó que no eran adecuadas las consideraciones sobre la doble finalidad terapéutico-estética de una mastectomía por ginecomastia.

Citamos textualmente: “La prueba asevera que la intervención de autos, mastectomía, con extirpación completa de la glándula o tejido mamaria se hizo al padecer el actor la patología de base, ginecomastia bilateral, esto es con finalidad terapéutico-curativa, patología que consiste en la hipertrofia o crecimiento exagerado de la glándula mamaria masculina que ocasiona molestias, dolor, trastornos psicológicos y mayor predisposición a padecer cáncer de mama, como así explicaron los testigos”.

Aquí reside la razón principal por la que la Audiencia Provincial duplicó la cuantía indemnizatoria. Esto significa que esta segunda sentencia sí atendió las peticiones del paciente por que le fuera reconocido un daño estético que derivó en un daño moral, que sí debía ser indemnizado.

Hay que destacar también varios puntos en esta sentencia que consideramos de especial interés. En primer lugar, el aumento de la indemnización en atención a la valoración de los daños morales que hace la Audiencia rechazando los argumentos que se utilizaron en la sentencia de primera instancia.

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

Por otra parte, la no indicación de antibióticos tras la segunda intervención, no siendo suficientes los profilácticos, analgésicos y antinflamatorios recetados, reafirma la mala praxis.

Y finalmente que apenas existieran pruebas documentales: ni consentimiento, ni informe de alta con las pautas que debía seguir el paciente, ni otra documentación complementaria

..Lex Sanitaria

iSanidad
Atención Primaria

La equidad en la vacunación a través de un calendario único según la AEP

La enfermedad celíaca es un

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) ha actualizado sus recomendaciones de vacunación para 2018 y ha publicado su calendario de vacunaciones, considerando la evidencia disponible sobre la efectividad y eficiencia de estas, así como la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles en España, tal y como se indica desde *El portal de las vacunas de la Asociación Española de Pediatría.* Estas pautas van dirigidas a pediatras, médicos de familia, personal de enfermería, matronas, familias de los niños y público interesado en general.

El objetivo es promover un calendario de vacunaciones único

El objetivo del CAV-AEP es promover un calendario de vacunaciones único para mantener el principio de la igualdad en la prevención de la enfermedad y en la oferta de salud. Además, invita a aunar esfuerzos por parte de todos los agentes sanitarios y políticos implicados en la toma de decisiones relacionadas con este calendario y celebra que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad haya consensuado dicho "calendario común", que propuso el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2017, con algunas reivindicaciones de la Asociación Española de Pediatría, como el caso de incorporar la vacunación antineumocócica y frente a la varicela y la reducción de la edad de aplicación de la vacuna frente al papilomavirus humano a las 12 años; también recoge la pauta 2+1 para las vacunas hexavalentes.

Estas pautas van dirigidas a pediatras, médicos de familia, personal de enfermería, matronas, familias de los niños y público interesado en general.

Objetivo: seguir avanzando e incluir más peticiones de la Asociación Española de Pediatría

El objetivo es seguir incorporando otras peticiones de la Asociación Española de Pediatría, tales como la vacunación de la tosferina, del papilomavirus humano en varones y de la antimeningocócica tetravalente en los adolescentes, la vacunación antorrotavirus y la vacunación antimeningococo B.

Se reclama un esfuerzo económico colectivo, que implique a las Comunidades Autónomas y al Ministerio, con el propósito de financiar un calendario sistemático completo para los niños que viven en España.

..(Continúa)

iSanidad
Atención Primaria

La equidad en la vacunación a través de un calendario único según la AEP (y II)

2018: menos cambios con respecto a 2017

2018 implica menos cambios en el calendario con respecto a 2017, y mantiene y mejora las modificaciones propuestas en fechas anteriores. Lo más destacable es lo siguiente:

Continúan los dos grupos de vacunas: las sistemáticas financiadas y las sistemáticas no financiadas

Se mantiene la pauta de vacunación frente a difteria, tétanos, tosferina, Haemophilus influenzae tipo b y poliomielitis con vacunas hexavalentes, que también llevan incluido el componente de la hepatitis B, con pauta 2+1 (2, 4 y 11-12 meses), que lleva aparejada la aplicación de una dosis de polio a los 6 años de edad para la cohorte que siga este esquema, preferentemente con DTPa (DTPa-VPI), aunque también sería válida la Tdpa-VPI.

Se reafirma la pauta de vacunación frente al meningococo C con un esquema 1+1+1: una dosis a los 4 meses, otra a los 12 meses y una tercera, en la adolescencia, a los 12 años de edad.

Continúa la recomendación de la vacuna de carga estándar frente a difteria y tosferina (DTPa) o en su defecto de la de baja carga antigénica (Tdpa) a los 6 años, asociada a VPI, y que vaya seguida de otra dosis de Tdpa a los 11-12 años de edad.

Se mantiene la pauta de vacunación antineumocócica 2+1 (2, 4 y 11-12 meses), con reafirmación de que la VNC13 es la vacuna que mejor se adapta a las características epidemiológicas del momento actual de nuestro país.

Se recomienda la vacuna del virus del papiloma humano en ambos sexos a los 11-12 años. Con preferencia de la VPH9 y VPH4 sobre la VPH2.

Se recomienda la introducción de la vacuna frente al meningococo B como sistemática en el lactante, en pauta 3+1 y con una separación mínima de 15 días con el resto de vacunas inactivadas del calendario, para minimizar la mayor reactogenicidad y evitar la aplicación simultánea con la vacuna antimeningocócica C (2,5-3, 4,5-5 y 6 meses y refuerzo a los 12-15 meses), aunque con Meningitec® y Menjugate® ya se puede aplicar en la misma visita.

Se recomienda la introducción en calendario sistemático de la vacuna frente al rotavirus.

Se mantiene la pauta de vacunación de triple vírica y varicela con 2 dosis, recomendando la vacuna tetravírica (SRPV) para la segunda dosis.

Se recomienda individualmente y en ciertas circunstancias el uso de la vacuna antimeningocócica tetravalente, disponible en las farmacias comunitarias.

Para las vacunas no incluidas aún en el calendario gratuito, se solicitan nuevas formas de financiación para facilitar su adquisición por las familias españolas.

Además, y sin formar parte del calendario infantil, se recomienda la vacunación con Tdpa a la mujer embarazada a partir de la semana 27 de gestación.

Para concluir, la recomendación es consultar el calendario de vacunación de cada Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma y notificar a las autoridades sanitarias las posibles reacciones adversas.

..Redacción

CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2018
Comité Asesor de Vacunas

VACUNA	Edad en meses						Edad en años			
	2	4	6	11	12	15	2-4	6	12	14-18
Hepatitis B[1]	HB	HB		HB						
Difteria, tétanos y tosferina[2]	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa / Tdpa	Tdpa	
Poliomielitis[2]	VPI	VPI		VPI				VPI		
Haemophilus influenzae tipo b[4]	Hib	Hib		Hib						
Neumococo[5]	VNC	VNC		VNC						
Meningococos C y ACWY[6]		MenC			MenC				MenC	Men* ACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis[7]					SRP		SRP Var / SRPV			
Varicela[8]					Var					
Virus del papiloma humano[9]									VPH 2 dosis	
Meningococo B[10]	MenB	MenB	MenB		MenB					
Rotavirus[11]	RV	RV	(RV)							

Vacunas financiadas — Vacunas no financiadas

iSanidad
Atención Primaria

Tecnología punta humana

No hay más que ser usuario del sistema sanitario de una u otra forma para ver que hay un margen de mejora enorme en el trato

Mucho se habla en estos tiempos de transformación digital o big data, y es que guste o no, hay que asumir que llegan para quedarse y que son y serán otra nueva revolución. Y el mundo salud no es una excepción.

¿Qué pasará con las personas? ¿Desplazará la tecnología a los trabajadores de la Sanidad?.

Como todo, opiniones para todos los gustos y predicciones de todo tipo.

En Proyecto HU-CI nos gusta hablar de un concepto acuñado por Mamen Segovia, la Tecnología punta humana la que todos llevamos dentro, la que tenemos a mano y quizás muchas veces no tenemos explotada o desarrollada. Es curioso como muchas veces es más sencillo mirar afuera y quedar abducidos por el poder hipnótico del monitor.

La tecnología avanza sola, y muchas veces nos sobrepasa: no terminamos de aprender cómo funciona un aparato, y ya se ha presentado una versión más moderna. En Intensivos amamos los cacharros: queda fuera de duda que la tecnología nos hace mejores, más efectivos y que ayuda a aumentar la supervivencia.

Pero, ¿hasta donde podemos hacerlo? ¿Cuánto puede vivir un ser humano con calidad de vida razonable? ¿No estaremos prolongando la vida de forma artificial en muchas ocasiones?. Cada uno tendrá su punto de vista y su opinión.

En lo que quizás la mayoría confluiremos, es en que no hay más que ser usuario del sistema sanitario de una u otra forma (como profesional, como familia o como paciente) para ver que hay un margen de mejora enorme en el trato. Y ahí es donde pensamos que la Tecnología punta humana ha de crecer y desarrollarse. Mucho se discute en redes sobre la necesidad y conveniencia o no de formarse en #humantools, si bien no tenemos inconveniente en formarnos en ECMO, Ventilación Mecánica, o cualquier otra mejora que suponga tecnología. Ahí si que invertimos.

¿Acaso pensamos que no podemos mejorar por el hecho de que ya somos humanos?.

La propuesta que hacemos es sencilla: mirar hacia dentro en vez de hacia fuera, aprender a relacionarnos más y mejor y adquirir habilidades que quizás tenemos infradesarrolladas.

Quizás si entendiéramos esto como tecnología, grandes empresas o la propia industria invertiría y sin duda alguna el sistema mejoraría. Difícilmente una máquina podrá sustituir el calor humano y los sentimientos que produce. Y en la UCI tenemos muy claro una cosa: cuando un ser humano está absolutamente desesperado, no necesita máquinas ni la última tecnología. Solo necesita otro ser humano.

¿Estamos dispuestos?

..Gabriel Heras.

Humanizando los cuidados intensivos

HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos

iSanidad
Atención Primaria

La única respuesta ética ante el final de la vida son los cuidados paliativos

Ante la inminencia de debates parlamentarios en algunos países entre los que se encuentra España, donde actualmente se discute sobre una ley de derechos y garantías de la persona ante el proceso final de la vida, los organizadores del seminario Seminario Internacional de Ciudados Paliativos y Sociales Vs Eutanasia decidieron que se hacía imprescindible una reflexión sobre esta cuestión y dar voz a la parte de la sociedad que defiende la vida desde su inicio a su fin natural. Jaime Mayor Oreja, ha destacado: "Frente a quienes quieren esconder estos grandes asuntos a la opinión pública, nosotros estamos más convencidos que nunca de que hace falta que estos debates estén en el centro de nuestros intereses y en los medios de comunicación".

En este sentido se ha celebrado en el Congreso de los Diputados, el pasado viernes 26 de enero, el Seminario organizado por la Fundación Valores y Sociedad, la Asociación Familia y Dignidad Humana, la Federación Europea One of Us, la Fundación Jérôme Lejeune y Political network for values y que ha contado con la participación de numerosos expertos nacionales e internacionales y la presencia de cientos de personas de la sociedad civil. Además, más de 1.240 personas han seguido el Seminario por streaming.

El seminario ha destacado que la eutanasia corrompe el primer principio de la medicina, que es actuar para el bien del enfermo. Y se concluye

Lourdes Méndez: "Las consecuencias de la regulación de eutanasia acabarán inexorablemente en que otros decidirán qué vidas son dignas o no de ser vividas"

que las soluciones ante el final de la vida pasan por tratar la muerte como una fase natural en la que se ayude al paciente respetando su dignidad como persona, de forma que ante situaciones dramáticas y terminales eliminen el dolor del paciente y no al paciente. En este sentido, la única respuesta ética posible son los cuidados paliativos. De otro modo, "vamos a comprobar como las consecuencias de la regulación de eutanasia acabarán inexorablemente en que otros decidirán qué vidas son dignas o no de ser vividas", ha señalado Lourdes Méndez, Presidenta de la Asociación Familia y Dignidad Humana.

La eutanasia se encuentra actualmente legalizada desde el año 2002 en Holanda, pocos meses después lo hizo Bélgica y el año 2009 se sumó Luxemburgo. Colombia lo reguló en el año 2015, y Canadá en el 2016. El suicidio asistido está permitido en Suiza, en Alemania, y en seis estados norteamericanos: Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado y Washington D.C.

Tras la experiencia de estos países donde se ha llegado al extremo, como es la situación de Holanda, de permitir la eutanasia a menores incluso sin consentimiento paterno a partir de los 16 años, Lourdes Méndez precisa:

..(Continúa)

iSanidad
Atención Primaria

La única respuesta ética ante el final de la vida son los cuidados paliativos (y II)

"La regulación de la eutanasia se convierte en una pendiente resbaladiza, donde se inicia justificando casos extremos, para acabar disponiendo de la vida de otro".

En este seminario se ha expuesto como en Italia la Asamblea ha invitado a los estados miembros del Consejo de Europa a desarrollar reglamentos claros y completos que definan y regulen la objeción de conciencia con respecto a los servicios de salud y médicos, y que estos sean capaces de garantizar el derecho a la objeción de conciencia en relación con la participación en el procedimiento en cuestión. Y en Colombia el objetivo que se persigue es que la sociedad trabaje en beneficio del ser humano y no en su contra, ya que como ha señalado la senadora colombiana, María del Rosario Guerra, "la vida humana goza siempre de valor, independientemente de su calidad". Guerra también ha señalado que los cuidados deben integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente y ofrecer apoyo a la familia para adaptarse a la enfermedad del paciente y a su propio duelo.

Por su parte, Jacinto Bátiz, Jefe de Área de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi y Secretario de la Comisión Central Deontológica de la Organización Médica Colegial (OMC), moderador de la mesa Los buenos cuidados paliativos ¿hacen obsoleta la eutanasia? Las medidas que debe contemplar la ley ha destacado que "los cuidados paliativos de lo que tratan no es de precipitar deliberadamente la muerte ni de prolongar innecesariamente la agonía, si no de ayudar a no sufrir mientras llega la muerte; solicitando que en este Congreso de los Diputados se legisle sobre como aliviar el sufrimiento de la persona sin tener que eliminar a quien lo padece".

Jaime Mayor Oreja: "Frente a quienes quieren esconder estos grandes asuntos a la opinión pública, nosotros estamos más convencidos que nunca de que hace falta que estos debates estén en el centro de nuestros intereses y en los

Finalmente, Jaime Mayor Oreja, Presidente de la Fundación Valores y Sociedad y de la Federación Europea One Of Us, ha concluido que: "Los ataques a la vida y la libertad, como son el aborto, la eutanasia, la ideología de género y los vientres de alquiler, constituyen manifestaciones de una moda que pretende reemplazar todos nuestros valores".

iSanidad
Atención Primaria

El 85% de los pacientes con psoriasis tienen alguna enfermedad asociada

El 85% de los pacientes con psoriasis tiene alguna enfermedad asociada a la misma, habiendo aparecido la mayor parte de ellas tras el diagnóstico, y es que así se desprende de la encuesta IMPAS realizada por Acción Psoriasis.

En palabras del director de Acción Psoriasis, Santiago Alfonso, esta patología "conlleva una serie de comorbilidades asociadas debido a que es una enfermedad del sistema inmunológico y su afectación es global. En este sentido, desde Acción Psoriasis se ha llevado a cabo el estudio IMPAS para poner de manifiesto el impacto de las comorbilidades en los pacientes de psoriasis.

En concreto, los resultados, evaluados en un total de 1.209 pacientes con psoriasis de toda España, revelan que las comorbilidades más frecuentes son la artritis psoriásica (31%); sobrepeso (30%); ansiedad (26%); hipertensión (15%), depresión (10%), problemas cardiovasculares y diabetes (5%) y enfermedad hepática (3%).

El Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI, por sus siglas en inglés) es un cuestionario que se emplea para medir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que con una enfermedad dermatológica. En este caso, realizándose sobre los pacientes encuestados, los resultados revelan que en España la psoriasis afecta de forma grave o muy grave a la calidad de vida del 22,7% de los pacientes.

A su vez, presentan una incidencia superior en la mayoría de comorbilidades asociadas respecto al global de pacientes. Así se encuentra la depresión (52%), ansiedad (39%), enfermedad hepática (35%), osteoporosis (28%), sobrepeso (27%) y la artritis psoriásica (21%). Estos resultados, o mejor dichol la explicación de esta asociación psoriasis-comorbilidades, como explica el doctor Miquel Ribera, dermatólogo del Hospital Parc Taulí de Sabadell, "puede basarse en el perfil genético, así como en el componente inflamatorio que conlleva la enfermedad y que causa la resistencia a la insulina". Por ello, prosigue, "los especialistas debemos ser conscientes de que la psoriasis es más que una afectación cutánea y que puede conllevar otras enfermedades menos visibles que dificultan enormemente el día a día del paciente".

Además, un dato preocupante, y es que el 20% de los pacientes no siguen ningún tratamiento para su psoriasis tal y como revela la encuesta. También, los pacientes con una actividad modera-severa, un 17% está sin tratamiento, un 51% en tratamiento tópico y un 4% en fototerapia.

> *En España la psoriasis afecta de forma grave o muy grave a la calidad de vida del 22,7% de los pacientes*

Para la dermatología, no se exagera al decir que la psoriasis es uno de sus "caballos de batalla". Como la describió la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante resolución aprobada en la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra (Suiza) en 2014, la psoriasis "una enfermedad crónica, no contagiosa, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura".

En España hay más de un millón de casos de psoriasis diagnosticados, y es que dos de cada 100 españoles la padecen. A nivel mundial, alrededor de 125 millones de personas se ven afectadas por esta patología que, aunque suele manifestarse entre los 15 y 35 años, puede hacer acto de presencia a cualquier edad.

En este sentido, el jefe de servicio de Dermatología en el Hospital Universitario Infanta Leonor, Pablo de la Cueva concluye que la "detección temprana y el tratamiento adecuado de estas enfermedades es importante, dado que podría permitir prevenir su evolución a fases más graves. Por ello, el manejo del paciente con psoriasis debe contemplarse desde un punto de vista integral".

..Redacción

Sanidad
Atención Primaria

Manual de vacunas para padres realizado por los pediatras de Atención Primaria

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria de Atención Primaria (SEPEAP) acaba de publicar un Manual de vacunas para padres. La publicación, que puede obtenerse en la propia página web de la SEPEAP, analiza el uso de las vacunas en España desde el primer calendario vacunal español.

El manual, elaborado por el Grupo de Trabajo de Vacunas (VACAP) pretende servir de referencia a los padres actuales, que están familiarizados con los calendarios vacunales, pero a los que también les surgen muchas dudas y preguntas sobre las mismas.

"La Sociedad de la información en la que vivimos nos inunda de informaciones contradictorias, todo el mundo está en disposición de publicar sus opiniones e incluso a veces publican informaciones sin contrastar. Las Sociedades científicas, los médicos y los investigadores que conocemos la materia estamos en la obligación de aportar nuestros conocimientos, contrastados, investigados y veraces para ser una opinión fiable a la que los padres puedan acudir. Por ello hemos querido elaborar este manual", afirma la Dra. Belén Aguirrezabalaga, pediatra del Centro de Salud Montevil de Gijón y coordinadora del Grupo de Trabajo de Vacunas de la SEPEAP.

El Manual abarca desde las preguntas básicas sobre el funcionamiento de las vacunas a las enfermedades que pueden ser prevenidas por las vacunas. También habla de los vbeneficios de las vacunas, del proceso de vacunación, los efectos adversos que pueden provocar algunas vacunas y los calendarios vacunales. La publicación aborda también diversas situaciones especiales a la hora de vacunarse, como los niños que viajan, los adultos que tratan con niños, la vacunación en el embarazo, los procedimientos ante niños que no han seguido pautas vacunales normales, los niños adoptados o los niños con otras enfermedades que pueden interferir en el calendario vacunal.

Una de las partes más últiles del manual es una sección de respuestas a las preguntas más habituales de los padres que los pediatras han querido responder por escrito para que muchos otros padres puedan conocerlas y poder desmentir falsos mitos o creencias sobre las vacunas.

capitalradio®

Valor Salud

Todos los viernes de 10h00 a 11h00

iSanidad
Atención Primaria

Un 85% de pediatras de AP cree que no dedica el tiempo suficiente por visita

Un 88% de pediatras reconoce que en su centro de trabajo las ausencias laborales no llegan a ser cubiertas por falta de sustitutos

Déficit de pediatras en Atención Primaria que hace que alrededor del 35% de las consultas pediátricas las atiendan médicos de familia

Un 85% de los pediatras de Atención Primaria que ejercen en la sanidad pública afirman que no pueden dedicar el tiempo suficiente a la atención de sus pacientes y un 93% asegura que no tiene un límite de visitas diarias establecido en su agenda, y es que así se desprende de una encuesta realizada por Metges de Catalunya (MC) a un total 416 profesionales de pediatría.

Como indica el comunicado emitido por Metges de Catalunya, los datos que, fueron presentados el pasado sábado 20 de enero en Barcelona, en el marco de una jornada de trabajo conjunta por el sindicato médico y la Societat Catalana de Pediatria (SCP) de la Acadèmia de Ciències Mèdicas de Catalunya, ponen de manifiesto una "presión asistencial desproporcionada, que puede provocar un riesgo en la seguridad clínica del acto médico y un agotamiento inadmisible en los pediatras", alertan las dos organizaciones.

La encuesta también indica que hasta un 64% de los pediatras, su agenda diaria de visitas no la puede organizar, y es que habitualmente, esa tarea la dirección asistencial o el personal administrativo.

Además, un 88% de los especialistas reconoce que, en su centro de trabajo, las ausencias laborales no llegan a ser cubiertas por falta de sustitutos y, se da la circunstancia que, en la mayoría de casos (68%), son el resto de pediatras del equipo los que asumen las visitas del profesional ausente.

El déficit de pediatras en Atención Primaria, acuciado por la insuficiente oferta de plazas de formación MIR en pediatría y por el empeoramiento de las condiciones de trabajo, como es la sobrecarga asistencial, dificultades para conciliar, retribuciones precarias, hacen poco atractiva la especialidad, lo que provoca que alrededor del 35% de consultas pediátricas sean atendidas por médicos de familia o de medicina general.

Ante esta panorama, o mejor dicho, esta precarización de la atención pediátrica, ha sido el acicate para que MC y la SCP inicien conversaciones con el Departament de Salut con el fin de implantar "medidas urgentes" que permitan reducir las cargas de trabajo y, compensar adecuadamente a aquellos profesionales que voluntariamente asuman más pacientes, a fin de paliar la escasez de recursos humanos.

Metges de Catalunya

De este modo, las organizaciones profesionales reclaman incrementar los equipos de pediatría, aumentar la oferta de plazas MIR de esta especialidad, potenciar la formación del resto de personal asistencial para mejorar los circuitos de atención a los niños y que se redoble la implicación de todos los actores sanitarios en los consejos de autocuidado y conocimientos de educación sanitaria en el entorno de los menores, concluye el comunicado.

..Redacción

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.