

nº de noticias: 13



dossier de prensa dossier de prensa
dossier de prensa dossier de prensa
dossier de prensa dossier
de prensa dossier de prensa
semana 20/06

22 de mayo de 2006

Sanidad impulsa un plan sobre el uso de medicamentos genéricos

El objetivo es formar en consumo racional a usuarios y profesionales. Fernández Vara niega que sea una estrategia de ahorro en el gasto sanitario.

Fecha publicación. 15/05/06

Medio. El periódico de Extremadura . Sección. Extremadura

Referencia de consulta on line.

<http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/noticia.asp?pkid=238855>

Concienciar y formar tanto a usuarios como a profesionales sanitarios en la utilización de medicamentos genéricos. Ese es el principal objetivo del Plan de Uso Racional de los Medicamentos que ayer presentó la Consejería de Sanidad y Consumo ante el Consejo Científico Asesor de Extremadura.

El Servicio Extremeño de Salud (SES) intentará, a través de esta iniciativa, continuar progresando en el uso de medicamentos según sus principios activos a través de la formación de los profesionales sanitarios y la información a los usuarios. Según indicó el consejero de Sanidad, Guillermo Fernández Vara, "uno de cada cuatro medicamentos que se prescriben actualmente en Extremadura es genérico", dato que demuestra una gran evolución, ya que hace cuatro años este tipo de recetas eran "testimoniales", apuntó.

Fernández Vara aclaró que entre los objetivos de este plan no está "ahorrar" en la financiación de medicamentos, sino una optimización de los recursos sanitarios que impida el hecho de que cada año se destruyan en Extremadura aproximadamente 40.000 kilos de medicamentos.

Por otro lado, el Consejo Científico Asesor estudiará el documento de carrera profesional de los trabajadores de la sanidad extremeña antes de reunirse con los sindicatos para su aprobación definitiva. Este documento afecta a cerca de 6.000 profesionales de la región de los ámbitos de medicina, farmacia, veterinaria, enfermería y fisioterapia y consiste en el reconocimiento económico y profesional de estos trabajadores por su experiencia y aportación a la comunidad científica. Así, se establecerá un sistema que permita acreditar y evaluar su actividad médica e investigadora.



Hipermovilidad articular

Una patología que afecta al 16% de la población y produce un aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones

Fecha publicación. 15/05/06

Medio. La Rioja.com . Sección. Sociedad-

Referencia de consulta on line.

<http://servicios.larioja.com/pg060516/prensa/noticias/Sociedad/200605/16/RIO-SOC-075.html>

La hiperlaxitud articular generalizada, aislada y no asociada a otras enfermedades, es un síndrome frecuente, pero escasamente conocido. Produce un aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones. Es conocida la movilidad y elasticidad aumentada de ciertas personas como bailarinas de ballet, contorsionistas del circo, nadadoras... Es conocido desde hace décadas por diversos estudios que confirman que es mayor la hiperlaxitud en las mujeres que en los varones. El 16% de la población tiene hiperlaxitud articular. Es mucho mayor en la infancia y va decreciendo al aumentar la edad. No siempre la hiperlaxitud articular manifiesta síntomas o molestias osteoarticulares. En ocasiones esta hiperlaxitud se acompaña de una gran variedad de síntomas musculares, articulares, tendinitis, esguinces de repetición, subluxación rotuliana, luxaciones de hombro, rotula y huesos de las manos, alteraciones mandibulares con luxación a veces y dolor al masticar, tendencia a tortícolis y escoliosis en columna lumbar y una variedad de otros síntomas.

Cuando aparecen estas molestias osteo-articulares lo definimos como: síndrome de hiperlaxitud articular o síndrome de hipermovilidad articular.

¿Cuál es su causa?

Es poco conocida y esta relacionado con anomalías de carácter hereditario (de madres con hiperlaxitud, hijas e hijos hiperlaxos). Parece haber alguna mutación genética en las fibras de colágeno. Siendo el colágeno parte integrante de los tejidos del organismo, estando presente en ligamentos, piel, tendones y vasos. Produce una mayor elasticidad y fragilidad ante traumatismos y movimientos de todo tipo.

¿Cómo se manifiesta?

Puede producir dolores musculares y articulares, en extremidades inferiores y superiores. Estas molestias se acentúan con los cambios climáticos de presión y temperatura e incluso por el ciclo menstrual. Pueden producir a veces cierta rigidez en las articulaciones. Los dolores empiezan a partir de los 9-10 años de edad y se acentúan en adolescencia y pueden persistir durante toda la vida. Pueden producir pequeños derrames sinoviales en relación con pequeños esfuerzos o bien por sobrecarga articular en rodillas, hombros y manos.



Hipermovilidad articular

Una patología que afecta al 16% de la población y produce un aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones

La presencia de «ruidos y chasquidos articulares» que no tienen la menor importancia, pueden alarmar y desconcertar a los paciente y familiares, ocasionando a veces una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y desasosiego. Son frecuentes las torceduras de tobillos, tortícolis de repetición, tendinitis y capsulitis de hombro, así como mayor predisposición a artrosis de rodilla y rotula. Las luxaciones (huesos que se salen de su sitio), son frecuentes en hombros y mandíbulas. También es frecuente en estos pacientes los «pies planos y los juanetes». La columna torcida (escoliosis) y los dolores lumbares (lumbago), son doblemente mas frecuentes que en el resto de la población. Aumenta la elasticidad de la piel y aparecen con mayor frecuencia hematomas («moretones») al menor golpe o a veces no recuerdan los pacientes ningún golpe o traumatismo mínimo. Tienen más varices y hernias inguinales que el resto de la población.

¿Cómo se diagnostica?

El medico después de la historia clínica realizará la exploración y valorará los criterios de laxitud aumentada en: flexión dorsal del 5º dedo de la mano, la aposición del pulgar al antebrazo, la hiperextensión del codo, la hiperextensión de rodilla y tocar con las palmas de las manos el suelo. Son los criterios de hiperlaxitud articular.

¿Hay alteraciones radiológicas? El estudio radiológico es normal.

¿Hay alteraciones analíticas? El estudio analítico es normal, descartandose alteraciones de enfermedades reumáticas graves.

¿Cuál es el tratamiento?

Es esencial un diagnostico correcto, excluyendo la enfermedad de Marfan y otras enfermedades similares. Es necesario explicar al paciente la naturaleza de su trastorno. Los pacientes agradecen saber que padecen un trastorno benigno y no invalidante, puesto que muchos de ellos han sido diagnosticados de forma errónea de diversas enfermedades osteoarticulares y con tratamientos de todo tipo. A veces se sienten incomprendidos por su entorno familiar y laboral. Son útiles para las lesiones de tejidos blandos de esta enfermedad el uso de coderas, muñequeras, tobilleras, fisioterapia, electroterapia, analgésicos, férulas, calor local, cremas y geles de aplicación local. Debe evitarse la sobrecarga articular por obesidad y por hacer esfuerzos al cargar pesos.



Hipermovilidad articular

Una patología que afecta al 16% de la población y produce un aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones

Debemos indicar ejercicios de fortalecimiento y estiramientos musculares, que son muy beneficiosos en estos pacientes. El ejercicio debe ser suave y sin forzar las articulaciones. Se recomienda natación suave, yoga y técnicas de relajación.

Si hay componente ansioso-depresivo tratar con fármacos adecuados.

¿Cuál es su evolución?

No evoluciona a ninguna enfermedad grave y los pacientes aprenden a convivir con su enfermedad. El solo conocimiento de su enfermedad, tranquiliza y mejora al paciente de sus síntomas, que poco a poco irán disminuyendo.

Una información médica adecuada del proceso es uno de los pilares básicos del tratamiento, pues mejora, tranquiliza y aumenta la confianza y autoestima del paciente.

Consulte y haga caso a las indicaciones de su médico, que es el único que conoce y trata adecuadamente la enfermedad. Evite consejos de indocumentados.



Rafael Blanco: «La mejor cirugía contra la obesidad es la que no se hace» El cirujano disertó en El Coto sobre la enfermedad, acompañado por su equipo médico interdisciplinar

Fecha publicación. 15/05/06

Medio. La Nueva España. Sección. Gijón

Referencia de consulta on line.

<http://www.ine.es/secciones/noticia.jsp?pNumEjemplar=1273&pIdSeccion=35&pIdNoticia=404500>

«La mejor cirugía para el tratamiento de la obesidad es la no intervención quirúrgica». Fue una de las conclusiones que expuso Rafael Blanco, cirujano pionero en la introducción de técnicas como el balón intragástrico o la banda ajustable para el tratamiento de la obesidad, durante una charla celebrada el pasado jueves, organizada por el Club LA NUEVA ESPAÑA de Gijón. Acompañado por su equipo médico multidisciplinar, Blanco expuso en El Coto el proceso de tratamiento para los pacientes con exceso de peso: «Se trata de aportar una educación alimentaria, acompañada de hábitos saludables, como la práctica de ejercicio físico», comentó.

El cirujano confesó que cada una de las técnicas de intervención quirúrgica que hoy se aplican para combatir la obesidad -banda ajustable, balón intragástrico y bypass gástrico- tienen sus pros y sus contras, por lo que «la mejor no existe», matizó, y añadió que el método más eficaz es «trabajar en la prevención de la obesidad y reservar las técnicas quirúrgicas a pacientes con fracasos reiterados en dietas previas». Blanco insistió en que la efectividad del tratamiento implica «un compromiso del paciente», tras apuntar que después de cincuenta semanas, «menos del diez por ciento de los pacientes sigue las reglas del juego».

Como dietista, Paula Balmori señaló que además de «enseñar al paciente a comer», se trata de que éste aprenda a enfrentarse a «situaciones comprometidas» nutricionalmente hablando, y aportó un menú tipo de dieta equilibrada. Por su parte, el fisioterapeuta Miguel López explicó la actividad gimnástica que dirige en las piscinas del Club Natación Santa Olaya, en La Calzada, para pacientes con sobrepeso, «porque en el agua se pierde el cincuenta por ciento de nuestro peso, lo que facilita el movimiento». A su vez, adelantó la próxima puesta en marcha del «nordic walking», una caminata en grupo utilizando palos parecidos a los que se usan en el esquí de fondo, «con lo que se consigue mayor movimiento de las articulaciones de los miembros superiores e inferiores», puntualizó, y se logra quemar hasta «un sesenta por ciento más de grasa», matizó.



Rafael Blanco: «La mejor cirugía contra la obesidad es la que no se hace» El cirujano disertó en El Coto sobre la enfermedad, acompañado por su equipo médico interdisciplinar

Sin embargo, según puso de manifiesto la psicóloga Eugenia Pañeda, «el paciente que no está preparado mentalmente no puede someterse a una intervención quirúrgica». Tras dibujar el perfil psicológico del obeso, «que padece el acoso de la sociedad actual, a diferencia del anoréxico», subrayó. Pañeda sostuvo que su aportación al tratamiento consiste en «reforzar y mantener» la motivación del paciente a lo largo del tiempo que dura su tratamiento.

El doctor Blanco concluyó su intervención comentando que el bypass gástrico es la única alternativa para aquellos pacientes cuyo peso oscila entre los 250 y los 300 kilos de peso, si bien alertó que tres de cada cien no sobreviven a esta técnica, por lo que esta cirugía debe considerarse como «el último eslabón en la cadena de tratamientos contra la obesidad».



Los nuevos tratamientos para la artritis permiten mayor calidad de vida

Fecha publicación. 16/05/06

Medio. Huelva Información. Sección. Huelva

Referencia de consulta on line.

<http://www.huelvainformacion.es/huelvainformacion/articulo.asp?idart=2815192&idcat=25>

Los nuevos tratamientos que se van extendiendo entre el colectivo de pacientes de artritis reumatoide están provocando una mejora de la calidad de vida, tal y como ayer se señaló en la Jornada que la Asociación Onubense de Pacientes con Artritis Reumatoide (Aopar) celebró en la Gota de Leche. Hay que señalar que los tratamientos farmacológicos para estos pacientes suelen ser crónicos por lo que se buscan medicamentos que, bien por su posología o por sus cualidades, afecten lo menos posible a los enfermos. De este modo, ayer se habló del Metoject que lleva un componente básico en el tratamiento de estos pacientes: el metotrexato. Tal y como señaló Fernando Vargas, de Gebro Pharma, el fármaco viene en jeringuillas y el propio paciente puede autoadministrárselo sin necesidad de tener que trasladarse al centro de salud o al hospital para ello. Este medicamento se está extendiendo en las prescripciones de los reumatólogos ya que se trata de una inyección semanal que el paciente puede ponerse por sí solo.

Para el presidente de Aopar, Manuel Acuña, los tratamientos farmacológicos que estos pacientes siguen tienen dos áreas: el básico que es el que se basa en el metotrexato, corticoides y antiinflamatorios y los biológicos, a los que se recurre cuando el básico no da los resultados adecuados. Uno de los grandes obstáculos del tratamiento biológico es su elevado precio ya que supone un coste mensual de unos 1.200 euros. El presidente de Aopar recordó que en nuestra provincia existen unas 2.400 personas que padecen de artritis reumatoide, una enfermedad crónica pero de la que se puede controlar su evolución. La continua medicación a la que son sometidos hace necesaria una revisión muy continua de su estado de salud para comprobar que los fármacos no estén perjudicando algún otro órgano como puede ser el caso del hígado. Desde Aopar se lamentan de la poca disponibilidad que estos pacientes tienen para acceder a los servicios de rehabilitación y fisioterapia que tantos beneficios les aportan. Precisamente, la asociación ha presentado un proyecto Aprende a vivir, por el que confía que desde la Consejería de Salud se dé luz verde a un taller en el que se contaría con la colaboración de un psicólogo, un fisioterapeuta, un nutricionista y un trabajador social. Las jornadas contaron con la participación de los reumatólogos Manuel Tirado y Manuel Riesgo y la psicóloga Inmaculada Gómez.



La rehabilitación es clave antes y después del trasplante

Fecha publicación. 17/05/06

Medio. Diario Médico. Sección. Especialidades-medicina deportiva

Referencia de consulta on line.

<http://www.huelvainformacion.es/huelvainformacion/articulo.asp?idart=2796769&idcat=25>

En los pacientes susceptibles de ser trasplantados de pulmón es necesario realizar una valoración antes y después de la intervención, que mejore su calidad de vida y su pronóstico, según se ha afirmado en el XV Congreso Europeo de Rehabilitación y Medicina Física. El trasplante de pulmón es una opción terapéutica consolidada en nuestro entorno, concebida para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con enfermedad pulmonar avanzada, provocada por fibrosis quística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar.

España es uno de los países con las tasas más altas de donantes y las más bajas de mortalidad en la intervención, con un 10 por ciento, y de permanencia en las listas de espera, según se ha afirmado durante una mesa dedicada al trasplante pulmonar y su rehabilitación en el XV Congreso Europeo de Rehabilitación y Medicina Física y XLIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. El momento óptimo del trasplante es aquel "en el que la expectativa y la calidad de vida del paciente son lo suficientemente malas para enfrentarse a la operación, y su estado físico es lo suficientemente bueno para sobrevivir a la intervención", ha explicado Piedad Usseti Gil, de la Unidad de Trasplante Pulmonar del Puerta de Hierro.

Rehabilitación

"Los programas de rehabilitación en el preoperatorio y en el postoperatorio son fundamentales para el éxito del programa trasplantador", ha explicado a Diario Médico Fernando Mayordomo, del Hospital Reina Sofía, de Córdoba, y moderador de la mesa. Durante el preoperatorio se realiza una valoración física completa del paciente, que incluye exámenes óseos, respiratorios, cardíacos y neurológicos. Además, se cuantifica la tolerancia al ejercicio mediante una prueba de marcha de seis minutos en la que se mide la saturación de oxígeno. Es necesario valorar "la situación del paciente en pretrasplante, los problemas de movilidad, de autocuidado y vida diaria, así como el apoyo familiar y estado civil", según Mercedes Ramos, del Puerta de Hierro. Una vez hecho este estudio se decide si el paciente es admitido en la lista de espera, demorado o rechazado.



La rehabilitación es clave antes y después del trasplante

El programa postrasplante debe iniciarse precozmente cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente estable en la UCI. Posteriormente, se tratan las infecciones, y se intenta mejorar la capacidad y tolerancia al ejercicio aeróbico. Además, "el órgano trasplantado carece de reflejo tusígeno, por lo que es necesario estimular la tos y realizar drenajes posturales". La rehabilitación contempla la realización de fisioterapia respiratoria, donde la reeducación diafragmática es muy importante, y mediciones de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca ante el ejercicio.

Al alta es necesario que el paciente siga realizando un programa de ejercicio, pero siempre atendiendo a las posibles complicaciones, entre las que destacan la osteoporosis, que provoca roturas de cadera y vertebrales, en parte provocadas por la medicación inmunosupresora, la miopatía corticoesteroides y polineuropatía del enfermo.

DIARIO MEDICO.COM Lun, 22 de Mayo de 2018

BUSCADOR

MEDICINA DEPORTIVA

La rehabilitación es clave antes y después del trasplante

En los pacientes sometidos de un tratamiento de patología es necesario realizar una valoración antes y después de la intervención, que incluye su calidad de vida y su pronóstico, según se ha afirmado en el XV Congreso Europeo de Rehabilitación y Medicina Física.

El trasplante de órganos es una técnica quirúrgica compleja en su ejecución, realizada para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con enfermedades pulmonares avanzadas, provocadas por TBC, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar.

España es uno de los países con los índices más altos de donación y los más bajos de mortalidad en la intervención, con un 10 por ciento, y se encuentran en las listas de espera, según se ha afirmado durante una mesa redonda en trasplante pulmonar y su rehabilitación en el XV Congreso Europeo de Rehabilitación y Medicina Física y XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

El momento óptimo del trasplante es cuando "es el que la aceptación y la calidad de vida del paciente con la enfermedad mejor para enfrentarse a la operación, y se están lista para lo suficientemente bueno para afrontar la intervención", ha explicado Pascal Desvix, jefe de la Unidad de Trasplante Pulmonar del Puerta de Hierro.

Rehabilitación

Una adecuada rehabilitación es el pilar básico y en el postoperatorio es fundamental para el éxito del programa "rehabilitador", ha explicado a Diario Médico Fernando Martínez, del Hospital Reina Sofía, de Córdoba, y coordinador de la mesa.

Después del postoperatorio se realiza una rehabilitación física completa del paciente, que incluye actividades físicas, respiratorias, cardiovasculares y nutricionales. Además, se trabaja la tolerancia al ejercicio mediante una prueba de marcha de seis minutos en la que se mide la saturación de oxígeno. En ese momento caben "la educación del paciente y su familia, la promoción de actividad, de autoayuda y de apoyo, así como el apoyo familiar y social", según Fernando Martínez, jefe de Unidad de Trasplante Pulmonar del Puerta de Hierro.

El programa postrasplante debe iniciarse precozmente cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente estable en la UCI.

Posteriormente, se tratan las infecciones, y se intenta mejorar la capacidad y tolerancia al ejercicio aeróbico. Además, "el órgano trasplantado carece de reflejo tusígeno, por lo que es necesario estimular la tos y realizar drenajes posturales". La rehabilitación contempla la realización de fisioterapia respiratoria, donde la reeducación diafragmática es muy importante, y mediciones de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca ante el ejercicio.

Al alta es necesario que el paciente siga realizando un programa de ejercicio, pero siempre atendiendo a las posibles complicaciones, entre las que destacan la osteoporosis, que provoca roturas de cadera y vertebrales, en parte provocadas por la medicación inmunosupresora, la miopatía corticoesteroides y polineuropatía del enfermo.



La cuantificación del movimiento en la parálisis facial ya es posible

Fecha publicación. 18/05/06

Medio. Websalud.com. Sección. Noticias

Referencia de consulta on line.

http://www.websalud.com/articulo.html?d_date=&xref=20060517salwsdsal_5&type=Tes&anchor=salwsdsal

Más de 350 especialistas en Cirugía Plástica y Estética se dieron cita en el 41º Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (Secpre), celebrado la semana pasada en Pamplona. Entre los temas tratados destacó un nuevo sistema para cuantificar el movimiento en la parálisis facial. Conseguir que el paciente vuelva a recuperar la sonrisa. Éste es el principal objetivo que los especialistas dedicados a la reparación de la parálisis facial se han marcado, y para lo que es necesario sustituir la cirugía estática por la dinámica. "No se trata de aportar un tejido que lo único que haga sea un fenómeno de cobertura, sino de que ese tejido tenga un efecto desde el punto de vista funcional". De esta forma explica Bernardo Hontanilla, especialista del servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universitaria de Navarra, los beneficios que este tipo de cirugía aporta a los pacientes. "Desde el punto de vista funcional, se trata de poner un trasplante de un músculo de otra parte del cuerpo en la cara para que el paciente pueda recuperar otra vez la sonrisa", concluye. A este tipo de cirugía, que ha sido posible gracias a la aparición de las técnicas microquirúrgicas, todavía le quedaba un problema por resolver: la cuantificación del movimiento. "A todo el mundo le resulta muy fácil saber si un lifting ha quedado bien o mal pero comparar una técnica de rehabilitación dinámica con otra es más complicado", precisa este especialista. Para poner fin a este problema, la Clínica Universitaria de Navarra presentó hace unos meses un sistema de análisis del movimiento facial cuyos resultados se han dado a conocer en el 41º Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (Secpre), celebrado la semana pasada en Pamplona y en el que se dieron cita más de 350 cirujanos plásticos para analizar los últimos avances en técnicas quirúrgicas. Este nuevo sistema permite capturar y cuantificar el movimiento facial en tres dimensiones a través de tres cámaras infrarrojas y un software que procesa el movimiento facial antes y después de la reconstrucción. Junto con la empresa STT Ingeniería y Sistemas de San Sebastián, el equipo del doctor Hontanilla ha utilizado un programa informático de ergonomía y cuantificación del movimiento aplicado a la parálisis facial que permite comparar unas técnicas con otras. Además de analizar los resultados de la cirugía, este sistema también ayuda a programar el acto quirúrgico.



La cuantificación del movimiento en la parálisis facial ya es posible

Tras una intervención de trasplante muscular por una parálisis facial, no es necesario el tratamiento, "solo fisioterapia para que aprendan a hacer los movimientos de la comisura y para que estos movimientos sean lo más naturales posible" concluye Hontanilla.

Cirugía infantil

Entre los temas tratados en el 41º Congreso de la Secpre, se puso especial atención a la Cirugía Plástica y Estética dirigida a los niños. En este sentido, las intervenciones más frecuentes son las destinadas a corregir malformaciones vasculares como los hemoangiomas, así como otro tipo de malformaciones congénitas. Según Beatriz Berenguer, secretaria general de la citada sociedad, "el diagnóstico es lo más importante, ya que durante muchísimo tiempo ha habido mucha confusión porque son lesiones que se pueden parecer mucho" entre ellas.

En este sentido, se ha producido un enorme avance en el diagnóstico de estas patologías gracias a los marcadores inmunohistoquímicos. "Ahora mismo, con una biopsia de tejido y aplicando un marcador específico se puede saber si es un hemoangioma o es otro tipo de malformación", afirma Berenguer. Gracias a esta técnica se puede realizar un pronóstico seguro y determinar qué tipo de lesión sufre el niño y si se debe esperar a la involución o realizar una intervención quirúrgica o un tratamiento, factores que mejoran el manejo y pueden evitar la aparición de secuelas a largo plazo.

Inmunosupresión

Otro de los temas centrales de la reunión fue el trasplante facial, intervención que a pesar de que "técnicamente no es compleja, requiere la inmunosupresión y es un tratamiento caro y difícil", explica Antonio Bazán, presidente del congreso. La inmunosupresión es fundamental para evitar el rechazo pero provoca muchos efectos secundarios, situación que se debe valorar en los casos de trasplantes no vitales, por lo que "se está estudiando mucho la inmunosupresión temporal", afirma Berenguer. En este sentido, Cristina Aubá, del servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universitaria de Navarra, presentó un estudio que demostró que la inmunosupresión temporal es posible. Su investigación estaba dirigida al trasplante de nervios en primates en los que se observó la regeneración a través de injertos nerviosos que procedían de otro primate. El resultado confirmó que la inmunosupresión debe mantenerse durante los primeros meses en los que el nervio está creciendo pero tras ese periodo se puede suspender sin provocar el rechazo. En trasplante facial, uno de los grandes interrogantes es determinar si el paciente recupera la funcionalidad. La regeneración nerviosa se produce al ritmo de un milímetro al día, por lo que en alrededor de un año se comprobarán los resultados del único trasplante facial realizado hasta la fecha.



712 médicos de Valladolid reciben 1.450 euros por reducir las listas de espera Sanidad prima a 3.715 trabajadores de los hospitales por potenciar las consultas, la cirugía y las pruebas El Clínico es el único centro que ha pagado incentivos a todo el personal aunque no sea sanitario

Fecha publicación. 18/05/06

Medio. Norte de Castilla. Sección. Valladolid

Referencia de consulta on line.

<http://servicios.nortecastilla.es/pg060519/prensa/noticias/Portada/200605/19/VAL-POR-297.html>

La Consejería de Sanidad ha destinado 2.053.537 euros al pago de incentivos a los trabajadores de los tres hospitales de Valladolid por la mejora de su rendimiento para reducir las listas de espera, tanto en cirugía como en primera consulta y pruebas de diagnóstico. Los médicos especialistas, 712 en total, han recibido 1.450 euros de media y, entre 250 y 346 euros, las enfermeras, matronas y fisioterapeutas, más de 1.400 trabajadores, entre otro personal.

El Río Hortega, el Clínico y Medina del Campo lograron cumplir con los objetivos del Plan de Reducción de Listas de Espera previstos para el pasado ejercicio. Establecía el mismo que, a fecha del día 31 de diciembre del 2005, ningún paciente esperara más de 150 días para una intervención quirúrgica programada, 45 para una primera consulta y 25 para realizarse una prueba de diagnóstico (ecografía, mamografía, TAC y resonancia magnética). Definió así unos incentivos ligados a la consecución de reducir demoras y el plan de gestión destinaba el cumplimiento de previsión de gasto a estas primas. Esta productividad variable premia así el «especial rendimiento, el interés o la iniciativa de los trabajadores» y su cobro es independiente del pago de las horas extras que hayan realizado, sobre todo los trabajadores sanitarios, para aumentar las intervenciones quirúrgicas fuera de la jornada ordinaria, es decir, de las llamadas 'peonadas' remuneradas aparte.

Sin homogeneidad

El pago de estos incentivos ha sido desigual según los hospitales. El Clínico ha pagado a sus 2.450 trabajadores además de a los 58 facultativos y un enfermero que trabajan también en la Facultad de Medicina. Fuentes sanitarias explican que el centro ha interpretado que los logros de objetivos dependen de todo un equipo y no solo del personal sanitario y, en contra de las directrices de Sacyl, ha optado por dar primas a todo el personal. Pinches, cocineros, electricistas, telefonistas, auxiliares clínicos y administrativos, matronas, enfermeras y médicos, entre otros muchos, han cobrado este complemento. Los facultativos, tanto adjuntos como jefes de sección, han recibido unos 1.100 euros en una paga extraordinaria; los enfermeros, 280 y, entre 100 y 200 euros, la mayoría del resto de los trabajadores. Las diferencias entre personal de una misma categoría se deben fundamentalmente al tiempo trabajado.



712 médicos de Valladolid reciben 1.450 euros por reducir las listas de espera Sanidad prima a 3.715 trabajadores de los hospitales por potenciar las consultas, la cirugía y las pruebas El Clínico es el único centro que ha pagado incentivos a todo el personal aunque no sea sanitario

El Río Hortega, por su parte, ha primado a sus facultativos -351 especialistas- con una media de 1.558 euros y con 219 euros de media a las matronas, fisioterapeutas y enfermeras, 681 personas. El resto, no ha percibido este complemento. Por último, el Comarcal de Medina también ha limitado a los médicos y al personal de enfermería los incentivos. Los primeros han percibido unos 1.800 euros y, el resto, entre 200 y 340 euros.

Malestar

Esta desigualdad entre centros hospitalarios ha creado malestar entre los trabajadores y problemas de equipo, desuniones y enfrentamientos internos al limitarse algunos de los que se sienten perjudicados a lo que estiman, de forma estricta, de su competencia laboral y destacan que «los esfuerzos los hagan los que cobran por ello».



Natalia Wiereszen. Fisioterapeuta

La Fisioterapia Respiratoria sustituye perfectamente a los tratamientos farmacológicos

Fecha publicación. 20/05/06

Medio. Diario Vasco.com. Sección. Orio

Referencia de consulta on line.

<http://servicios.diariovasco.com/pg060521/prensa/noticias/CostaUrola/200605/21/DVA-CSU-214.html>

La fisioterapeuta argentina Natalia Wiereszen se ha ganado la confianza de buena parte de la población oriotarra y de otras localidades gracias al trabajo que desarrolla en la consulta que comparte con su marido en Sinergia (Ibai Ondo kalea). Estudió en la Universidad de Buenos Aires, donde se graduó de Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Desde hace cuatro años vive en Donostia y trabaja como fisioterapeuta en Orio. Se especializó en Fisioterapia Respiratoria en su país y en la Universidad Europea de Madrid.

La Fisioterapia Respiratoria es un campo de la Fisioterapia de utilización importantísima, en algunos casos, para el mantenimiento de la vida y, en otros tantos, para poder mejorar la función respiratoria, llegar a sustituir tratamientos farmacológicos, así como para ofrecer al paciente una calidad de vida más satisfactoria. Son estas razones las que le dan a la Fisioterapia Respiratoria su gran reconocimiento a nivel mundial, aunque España es actualmente un país deficitario en especialistas de ésta disciplina y no goza de la difusión que le corresponde.

- ¿Qué es la Fisioterapia Respiratoria?

- La Fisioterapia Respiratoria es una especialidad dentro de la Fisioterapia que, basándose en el profundo conocimiento del aparato respiratorio y su fisiopatología, desarrolla una serie de técnicas para la prevención y tratamiento de enfermedades agudas o crónicas.

- ¿Quiénes pueden beneficiarse con un tratamiento de Fisioterapia Respiratoria?

- Personas de todas las edades: bebés, niños, adolescentes, adultos y ancianos. La creciente incidencia de las enfermedades respiratorias infantiles, como las bronquiolitis y neumopatías, pueden llegar a tener consecuencias vitales sobre la función pulmonar. La Fisioterapia Respiratoria se aplica principalmente en estos bebés y niños afectados con el objetivo de mantener limpios los bronquios, es decir, eliminando los mocos para evitar sobreinfecciones y mejorando la capacidad pulmonar.



Natalia Wiereszzen. Fisioterapeuta

La Fisioterapia Respiratoria sustituye perfectamente a los tratamientos farmacológicos

En enfermedades como la fibrosis quística o la bronquiectasia el tratamiento de Fisioterapia Respiratoria es imprescindible. En los adultos y ancianos este tipo de tratamiento es beneficioso tanto en enfermedades agudas como las bronquitis y neumonías, como en las enfermedades crónicas, donde las principales son las del grupo de las EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que considera a la bronquitis crónica, asma y enfisema principalmente. También es beneficiosa en pacientes que tienen que ser operados del tórax o del abdomen y en aquellos que fueron operados, en procesos oncológicos, en enfermedades neuromusculares, parálisis cerebral y en personas fumadoras.

- ¿En que consiste un tratamiento de Fisioterapia Respiratoria?

- El objetivo general consiste en prevenir las posibles disfunciones respiratorias, permeabilizar la vía aérea, restituir la función pulmonar y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para ello, después de evaluar signos y síntomas del paciente, se trata de forma individualizada y específica su patología, a través de técnicas manuales sobre el tórax, ejercicios para los músculos respiratorios y el uso de algunos aparatos si fuese necesario. Con la Fisioterapia Respiratoria se educa al paciente para que optimice su función respiratoria.

- ¿Cuándo está afectada la función respiratoria?

- Todos presentamos en algún momento dificultad para respirar. La función puede estar alterada en cualquier zona del aparato respiratorio, desde la nariz, pasando por la laringe, faringe, traquea, bronquios y pulmón. También, se afecta en fumadores sin necesidad de padecer ninguna enfermedad o en los ancianos donde el pulmón senil ventila mal, mucho y superficialmente. La capacidad pulmonar se encuentra disminuida en personas que tuvieron reposo prolongado, cuando hay retención de secreciones, dolor en el tórax o en el abdomen, poca elasticidad torácica, debilidad de los músculos respiratorios o dificultad para toser, en personas que necesitan un aporte de oxígeno extra o en aquellos que están inmovilizados. Generalmente, son los dos extremos de la población los más afectados y los más necesitados de Fisioterapia Respiratoria; los niños y los ancianos. Los primeros por obstrucción de secreciones ya que no saben como sacarlas y los ancianos por restricción de la movilidad torácica.



Natalia Wiereszzen. Fisioterapeuta La Fisioterapia Respiratoria sustituye perfectamente a los tratamientos farmacológicos

- ¿Qué beneficios tiene una persona asmática que realiza un tratamiento de Fisioterapia Respiratoria?
- La respiración es un proceso involuntario y fundamental para vivir, pero cuando una persona tiene una 'crisis asmática', respirar, que es algo natural, se hace muy difícil. Para poder salir de esa situación tiene que saber controlar su ansiedad y su aire. En un tratamiento de Fisioterapia Respiratoria, le proponemos unos ejercicios, que deberá aprender y practicar cuando su respiración sea normal y utilizarlos como defensa durante la crisis. Además, de tratar los problemas respiratorios de cada persona en particular, ya que es una enfermedad crónica, es decir, que no se cura, pero si logra controlarla puede tener una calidad de vida como si no fuera asmático.

