

El ejercicio físico como terapia preventiva para pacientes oncológicas.

Orientado a pacientes con cáncer de mama.

Madrid, febrero de 2010.- El Hospital Universitario de Fuenlabrada ha puesto en marcha un novedoso programa de rehabilitación, orientado a prevenir uno de los riesgos más habituales en las pacientes con cáncer de mama: el linfedema. El linfedema es el acúmulo de líquido rico en proteínas en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma.

El linfedema es la secuela más importante del tratamiento de cáncer de mama. Se estima que 1 de cada 4 mujeres desarrollará esta complicación. Las pacientes con cáncer de mama tratadas con disección (extirpación) ganglionar axilar tienen un riesgo de desarrollar linfedema de hasta un 10%.

El carácter multidisciplinar del tratamiento a los pacientes oncológicos que desarrolla el Hospital Universitario de Fuenlabrada, permite una rápida identificación de todas las pacientes susceptibles de recibir tratamiento rehabilitador. "El principal tratamiento para combatir el linfedema es la prevención, de ahí la importancia de que las actuaciones preventivas se lleven a cabo inmediatamente después de realizar la cirugía" según refiere el Dr. Guerra, Jefe del Servicio de Oncología del Hospital.

Las pacientes, que han sufrido cáncer de mama, son derivadas al Servicio de Rehabilitación donde se les pauta, con carácter personalizado, el tratamiento a seguir. Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales son los encargados de facilitar conocimiento y formación que contempla desde ejercicios postquirúrgicos hasta el abordaje adecuado de situaciones cotidianas.

Los objetivos del tratamiento del linfedema según explica José María Pérez, Supervisor de la Unidad de Rehabilitación, son "la reducción del volumen y recuperación funcional del miembro afecto, la prevención de los procesos inflamatorios, el control del dolor, la recuperación de las funciones normales de la piel y la reducción de la fibrosis".

Fuenlabrada, Hospital de referencia en el área de oncología

El Hospital Universitario de Fuenlabrada dispone de un área de atención oncológica radioterápica cuyo funcionamiento está vehiculizado a través de comisiones de tumores y donde cada comité está integrado por todos los especialistas que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cada patología.

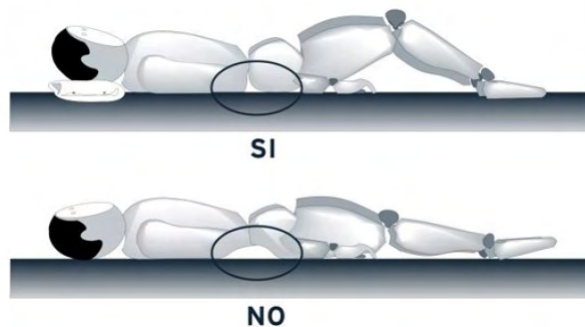
Esta metodología de trabajo está orientada a mejorar la atención sanitaria de los pacientes oncológicos, disminuir la variabilidad clínica no justificada, reducir al máximo los tiempos de espera, evitar retrasos innecesarios y mejorar la calidad recibida por el paciente.

Ejercicio y posturas contra el dolor de espalda

Abandonar el sedentarismo es la principal recomendación de los expertos para evitar el dolor de espalda, que se estima que afecta al 80 por ciento de la población en algún momento de su vida. Por tanto, realizar ejercicio y adoptar una correcta higiene postural en todos los movimientos de la vida diaria y la actividad laboral es esencial para mantener una correcta biomecánica de la parte dorsal. Además, su adopción y práctica permiten que los pacientes que ya han padecido dolor puedan retrasar o minimizar las crisis.

Isabel Gallardo Ponce - Lunes, 8 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Más del 80 por ciento de la población sufrirá dolor de espalda en algún momento de su vida. Según afirma Javier Ribera, portavoz de la Sociedad Española de Reumatología, este dolor puede ser de dos tipos: "Debido a una patología mecánica derivada de malas posturas, a patologías degenerativas; y a dolores inflamatorios, que obedecen a patologías como, por ejemplo, la espondilitis anquilosante". Menos frecuente, aunque quizá más consistente con la aparición de dolor, se pueden destacar los traumatismos a causa de giros o golpes bruscos.



Recomendaciones posturales para evitar o prevenir el dolor

"Se creía que el dolor aparecía porque existía alguna alteración de la estructura de la columna vertebral, como la escoliosis o la hernia discal. Es un error. Aparece por un mecanismo neurológico que implica la activación de los nervios que transmiten el dolor y el desencadenamiento de la contractura muscular y la inflamación. A veces puede comprimir la raíz nerviosa. Ese mecanismo puede desencadenarse por una alteración de la estructura, como la hernia discal o la degeneración importante de la articulación facetaria, pero en la mayoría de los casos no se puede llegar a averiguar la causa inicial que lo desencadena, y se atribuye a dolor por contractura o sobrecarga muscular", explica Mario Gestoso, director médico de la Fundación Kovacs.

Postura y ejercicio

La causa más frecuente de las afecciones mecánicas son malas posturas, movimientos incorrectos al cargar peso y agacharse, o forzar posturas al realizar tareas laborales. "Por eso, hay que aplicar la educación postural a los hábitos diarios. Las medidas ergonómicas en los puestos de trabajo suelen mejorar la situación", explica Ribera. Así, la higiene postural ayuda a realizar esfuerzos de la forma más adecuada reduciendo el riesgo de padecer dolor y mejorando la autonomía y la limitación de la actividad en los que ya lo sufren.

Según Gestoso, una vez que el dolor aparece hay que mantener la actividad en la medida de la posible, ya que los estudios realizados demuestran que el reposo en cama retrasa la recuperación. En los casos en que el dolor obligue al paciente a guardar cama, no debe prolongarse más de dos días, especialmente si se produce una irradiación del dolor a las extremidades. "Es necesario evitar la sobrecarga de la espalda. Una vez que ha pasado el episodio doloroso, el ejercicio y la higiene postural también reducen el riesgo de que aparezca o se reproduzca una crisis".

Gestoso, Ribera y Jesús Olmo, del Servicio de Rehabilitación del Hospital Quirón de Madrid, coinciden en la importancia de evitar el sedentarismo y hacer ejercicio para evitar esta patología, o para reducir la frecuencia y duración de las crisis cuando se sufren episodios recurrentes. "Debe convertirse en un hábito higiénico más, ya que es una de las medidas terapéuticas más eficaces", indica Ribera.

El dolor aparece en muchas ocasiones debido a una falta de balance entre la musculatura, y al uso excesivo y reducido de unos u otros músculos. El objetivo es "que mediante el ejercicio físico el paciente adquiera un tono muscular que le permita usar correctamente sus músculos", dice Ribera. Para Olmo, es primordial la corrección de los factores biomecánicos físicos de la columna, ya que si la condición no es buena, la sobrecarga articular afectará al nivel dañado. "Lo importante es mantener la fuerza muscular, la movilidad articular y la pélvica", principal objetivo en la rehabilitación para normalizar la biomecánica alterada, dice Olmo.

A la carta

Es necesario personalizar el ejercicio. Un médico debe determinar qué ejercicios específicos se deben hacer, la intensidad y el ritmo de progresión. "Aunque se contraindica durante la crisis aguda, si el dolor es crónico es eficaz para evitar la incapacidad y mejorar el grado de movilidad y autonomía", puntualiza Gestoso.

Olmo explica que la fisioterapia, con un programa específico para cada paciente en función de dónde se encuentre la lesión, es útil en el tratamiento. "Lo más importante es que después del tratamiento rehabilitador se mantengan una tabla de ejercicios específicos, breves -no más de 20-25 minutos- y sencillos en el domicilio. Siempre que se cumpla esta rutina, recomendamos que se haga ejercicio físico de cualquier tipo -es más aconsejable la natación-. El objetivo es corregir y mantener la biomecánica correcta de la espalda".

En cuanto al tratamiento farmacológico, según Ribera, "si la causa del dolor es específica -osteoporosis con aplastamiento vertebral o espondilitis, por ejemplo- hay que realizar tratamientos específicos. En cuanto al dolor postural, hay que prescribir analgésicos, y en un segundo paso antiinflamatorios. Los relajantes musculares hay que usarlos puntualmente, ya que mejoran la contractura en cortos periodos de tiempo, pero son fármacos con un potencial de toxicidad importante". Por otro lado, según indica Gestoso, si el dolor persiste y es intenso tras 14 días de farmacoterapia se indica una intervención neurorreflejo-terápica.

Además la electroterapia, la onda corta, el calor, el ultrasonido, la balneoterapia y la acupuntura se utilizan con relativo éxito para el tratamiento del dolor.

Entre otras causas de la patología, parece que "el estrés incrementa el nivel de dolor y aumenta la tensión muscular. No empeora la causa sino su manifestación al elevar la respuesta de tono del músculo a la irritación del nervio. Al controlar el estrés, mejora el dolor pero no desaparece", dice Olmo. "Los estudios que han comparado la actividad eléctrica del músculo de pacientes estresados y no estresados han aportado resultados contradictorios", concluye Gestoso.

Recomendaciones posturales para evitar o prevenir el dolor

Al cargar peso es necesario agacharse doblando las rodillas, con la espalda recta y la cabeza levantada, apoyando los pies en el suelo y con el peso cerca del cuerpo. Lo ideal es dormir boca arriba con las piernas un poco dobladas y una almohada bajo las rodillas si se sufre ciática. La postura fetal también es adecuada. Al sentarse, la silla debe sujetar la espalda con una suave prominencia en el respaldo en la misma postura en la que la columna debe estar de pie, respetando las curvas normales.

Los farmacéuticos alegan la 'dispensación excepcional' al decreto de receta médica

Parece obvio que el medicamento debe estar bajo la supervisión de expertos, pero ¿de cuántos? Con la constante de que el fármaco deja de ser un fin para convertirse en una herramienta al servicio de los profesionales sanitarios en beneficio del paciente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos insiste en que se regule la dispensación excepcional.

Loreto Mármol. Toledo - Lunes, 8 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

El debate sobre la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que extendió la prescripción a los enfermeros y podólogos, también dejó la puerta abierta a la dispensación excepcional para que se encuadrara en algún desarrollo normativo posterior del ministerio, y la presidenta del Consejo, Carmen Peña, lo está intentando.

De hecho, ha planteado en sus alegaciones al real decreto sobre receta médica y orden hospitalaria de dispensación que el Consejo ha presentado a Sanidad que la regule mediante una orden o una decisión administrativa: "Si no se incluye en esta ocasión, lo seguiremos intentando en sucesivas órdenes", ha comentado a DM en el transcurso del foro Aproafoa celebrado en Toledo.

Peña ha explicado que se trata de "una dispensación en situaciones excepcionales -y en las que aunque no se presenta la receta como tal hay constancia de que existe una prescripción previa- a las que hay que dar cobertura legal". Por ejemplo, cuando el paciente sale de urgencias con una orden hospitalaria - que no es una receta- o cuando se produzca algún fallo en el sistema de e-receta.

Avance de la profesión

A su juicio, los boticarios "están inmersos en un avance profesional y se encuentran ante el reto de impulsar nuevos servicios y compromisos en una profesión viva que evoluciona, siempre pendiente de las necesidades sociales, porque no se trata de lo que queremos sino de lo que la sociedad necesita y demanda".

Por ello ha solicitado mayor implicación asistencial y más compromiso por parte del resto de profesionales sanitarios: "Hay que dar un paso para que la prestación no sólo asegure el acceso al fármaco de calidad sino que contribuya al éxito terapéutico".

Peña también ha exigido que el Pacto de Estado por la Sanidad dedique "un capítulo expreso a la Farmacia, que reconozca al farmacéutico como agente activo de contención del gasto en hospitales y en primaria".

En cuanto a la decisión de Madrid y de la Comunidad Valenciana -dentro de poco se sumará Andalucía- de trasladar algunos medicamentos de dispensación en farmacias al hospital, ha comentado que la llamada Ley del Medicamento "marca claramente dónde se tienen que dispensar los fármacos", y la norma dice que "los medicamentos de uso ambulatorio se prescriben en el hospital pero se dispensan en las farmacias", por lo que el Consejo "estudiará presentar un recurso".

Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, ha hablado del farmacéutico como "un agente proactivo que debe asumir nuevos roles; queda el reto pendiente de concienciar a los sanitarios en la corresponsabilidad en el sistema".

La madre de la innovación

Parafraseando el dicho de que la paciencia es la madre de la ciencia, el autor señala a la necesidad como progenitora de la innovación. Los avances tecnológicos responden generalmente a demandas de la opinión pública, aunque la adopción de las novedades no siempre avanza al mismo ritmo.

Juan del Llano, Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Martes, 9 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

La opinión pública señala con claridad a la necesidad como la madre de la invención y, por tanto, de los adelantos tecnológicos. Los inventos surgen cuando una determinada sociedad tiene una necesidad no satisfecha o cuando algún tipo de tecnología es insatisfactoria o limitada. Los inventores perciben esa necesidad e intentan cubrirla gradualmente. Motivados por la curiosidad y la inquietud, además de por la perspectiva del dinero que pueden ganar y de la fama que pueden conseguir, se ponen manos a la obra (desarrollo). Si acaban por descubrir una solución tecnológica superior a la actual, la sociedad adopta dicha tecnología siempre que sea compatible con sus principios y con otras tecnologías ya existentes (adopción). Con frecuencia los inventores tienen que perseverar en el tiempo, es decir, ser pacientes por la posible falta de demanda pública inicial, imputable, muchas veces, al funcionamiento deficiente del invento. Sólo la persistencia y la consecución de mejoras técnicas, junto a los incentivos adecuados, la existencia de mercados bien definidos y de políticos con perfil de adoptadores tempranos, harán finalmente útil la innovación y ésta pasará a ser deseada por la sociedad (difusión).

Las innovaciones basadas en inventores geniales con ideas luminosas son cosa del pasado. En la actualidad muchas de las innovaciones las propician ya los usuarios con las sugerencias de mejora que hacen a los fabricantes, y éstos las desarrollan. En cualquier caso, parece que la invención es ya cosa de equipos humanos altamente cualificados y de grandes multinacionales. La mayoría de las veces la tecnología se desarrolla por acumulación en lugar de por actos heroicos aislados, y encuentra sus aplicaciones después de haber sido desarrollada y probada tras las sugerencias que recibe de los usuarios. No así los grandes avances científicos, que suelen ser disruptivos.

"Cuatro factores influyen en la adopción de una tecnología: su superioridad a lo existente, el prestigio social, la compatibilidad con los intereses creados y la facilidad con que se vean sus ventajas"

Una vez que un inventor ha descubierto una aplicación para una tecnología nueva, el paso siguiente consiste en convencer al público diana de que lo adopte. Al menos cuatro factores influyen en este proceso. El primero, el beneficio económico comparado con la tecnología existente. El segundo, el valor y el prestigio social. El tercero, la compatibilidad con los intereses creados. Y el cuarto, la facilidad con que se puedan advertir sus ventajas. Sin difusión se adquieren pocas tecnologías y se pierde el interés por algunas de las existentes. La tecnología engendra más tecnología, es un proceso que se acelera a una velocidad que aumenta con el tiempo. Y, qué duda cabe, las posibilidades de un mercado amplio son las que inducen a los inversores a prestar su dinero.

Avanzo un breve esbozo de descripción causal del binomio necesidad-tecnología, intentando explicar por qué la innovación evoluciona con más rapidez en unos continentes que en otros. Comienzo con las razones que nos remiten a la organización de la sociedad y de la economía: si se dispone de mucha mano de obra barata se desincentiva la innovación; las patentes que protegen la propiedad intelectual estimulan la invención; también la existencia de oportunidades de formación en tecnología y la fortaleza del propio sistema económico. El acusado individualismo de ciertas sociedades (anglosajonas, de ética protestante), empujan, qué duda cabe también, la innovación.

Hay otros motivos de índole más personal, como la tendencia a aceptar riesgos y la tolerancia a opiniones diversas y actitudes heterodoxas. Restan dos argumentos que históricamente han demostrado su peso: la inversión en inventos bélicos ha estimulado mucho la innovación tecnológica, y la existencia de las administraciones fuertemente centralizadas impulsó el desarrollo tecnológico a finales del XIX, teniendo en Alemania y Japón dos buenos ejemplos.

Mucho por mejorar

"El sector científico público de la biomedicina tiene una precariedad excesiva. No tenemos todavía el suficiente tejido industrial y su conexión con otros sectores de actividad es pobre"

Doy un salto en el tiempo y singularizo para España y biomedicina. Quizá pudiéramos estar de acuerdo en que va razonablemente bien en producción científica pero no tanto en desarrollo tecnológico. Permítanme apuntar algunas sugerencias que nos hagan seguir mejorando, tal y como afirma el último informe sectorial de la OCDE.

Los avances tecnológicos nos sorprenden inicialmente y suelen ser recogidos por los medios de comunicación social. Con el tiempo empezamos a pensar si los beneficios superan a los daños. La ciencia y el desarrollo tecnológico necesitan de buen gobierno y de un uso adecuado por parte de sus usuarios.

El sector científico público de la biomedicina tiene una precariedad excesiva y requiere estabilizar empleo. No tenemos todavía el suficiente tejido industrial en biomedicina y su conexión con otros sectores de actividad económica es pobre. Hemos mejorado tímidamente en las alianzas empresariales. El ambiente y el sustrato que soportan la investigación no es todavía el adecuado, ya que la priorización política, la disponibilidad de financiación y los incentivos requieren de más peso y de un mayor empeño sostenido en el tiempo.

Hay que mejorar el sistema para la transferencia efectiva de tecnología de la universidad y los centros de investigación públicos a las empresas. Persisten recelos. Posiblemente se han descuidado aspectos como las redes para el fortalecimiento de la confianza en la colaboración público-privada y los incentivos. Ha mejorado la atracción de personal cualificado en centros de referencia aunque puede diluirse si no persisten los flujos de inversión precisos. Hay que crear cultura de auténtica filantropía y mecenazgo, sin desatender las ventajas fiscales para quien hace meritorias aportaciones altruistas. Hay fuertes diferencias regionales en infraestructura y servicios de soporte a las nuevas compañías de biomedicina que nacen de su propia ubicación. Hay que mejorar la coordinación entre las distintas administraciones públicas, sólo posible a través del consenso político, que propicie economías de escala que permita conseguir la masa crítica precisa para la definición y puesta en marcha de políticas de incorporación, selección y desarrollo profesional de investigadores básicos y aplicados procedentes de cualquier parte del mundo.

Nos jugamos nuestro futuro como país y la historia más reciente, tras el crack económico del 2008, nos ha dado muchas pistas que debemos saber aprovechar.

Bolonia exige un gran esfuerzo de adaptación a los profesores

Los cambios impuestos por la Unión Europea disminuyen el número de clases teóricas en favor de las prácticas y dan más peso al trabajo diario del alumno. Según Luis Estañ, de la Universidad de Valencia, los alumnos van a requerir una mayor tutela por parte del profesor.

Enrique Mezquita. Valencia - Martes, 9 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Según Luis Estañ, secretario y profesor de Farmacología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, los alumnos que actualmente salen de las facultades españolas "tienen una gran formación teórica, pero poca práctica"; sin embargo, "la adaptación de los estudios al plan de Bolonia -con menor peso de la clase magistral y mayor de la labor del alumno y las prácticas- permitirá una importante mejora en este aspecto, pero ese proceso supone un reto para los profesores".



Luis Estañ

Estañ, que ha intervenido en unas jornadas de formación del profesorado del grado de Medicina de la Universidad Católica de Valencia, ha hecho hincapié en que "aunque parezca que la reducción de clases presenciales nos supondrá menos trabajo, pienso que es al contrario, ya que el alumno necesitará ser tutelado y apoyado en toda esa tarea que tiene que realizar individualmente". Y ello es debido a que "antes se limitaba a copiar y a estudiar -los alumnos de Medicina son auténticas máquinas en este sentido-, pero si ahora les obligamos a hacer trabajos razonados, no sabrán hacerlos porque, entre otras cosas, no vienen formados del instituto para ese cometido. Por tanto, tendrán que recurrir a nosotros y debemos estar preparados para ese gran reto". Además, ha insistido, "tampoco podemos olvidar que en algunas asignaturas no podrán hacerse tantas prácticas como se pretende", sobre todo si "incrementan el número de alumnos, pero no el de profesores".

Estañ recuerda que "para transmitir conocimientos es fundamental que los alumnos nos sientan cercanos"

Según Estañ, uno de los principales riesgos del sistema español es que "como además de profesores, tenemos otra labor, ya sea asistencial o investigadora, existe el riesgo de que para lograr progresar en la segunda faceta, el ámbito formativo quede relegado o supeditado a ese avance".

Recomendaciones

Este profesor de Valencia considera que "para poder transmitir los conocimientos a los alumnos, es fundamental que éstos nos sientan cercanos y que entiendan lo que les decimos y cómo lo hacemos", aspectos que dependen de las habilidades sociales y comunicativas de cada uno. En este sentido, ha añadido que "el alumno debe percibir que el profesor domina el tema, que está interesado por los contenidos que intenta transmitir y que, en general, lleva el curso bien planificado a lo largo de todo el año". Desde un punto de vista más práctico, Estañ ha recordado que el lenguaje corporal también ayuda a expresar cosas -por ejemplo, las manos en los bolsillos dan una mala sensación- y que es importante "ser espontáneo en cuanto a los movimientos". Además, ha advertido contra errores tan básicos como "no hablar demasiado rápido o hacerlo de espaldas a los alumnos mientras se escribe en la pizarra".

LA INVESTIGACIÓN SE REALIZÓ CON 120 MUJERES

La fisioterapia: la mejor opción para prevenir linfedemas

El drenaje linfático manual resulta efectivo para prevenir el linfedema tras cirugía mamaria o para minimizar su aparición, según un estudio publicado en British Medical Journal y llevado a cabo por la Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares.

Beatriz Roselló - Martes, 9 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

"El linfedema puede causar distorsión y malestar físicos, deterioro funcional, ansiedad, depresión y angustia emocional", afirma María Torres, de la Unidad Docente Asistencial y de Investigación en Fisioterapia (Udaif, por sus siglas) de la Universidad de Alcalá de Henares. "Una vez instaurado, se convierte en un problema crónico que debe cuidarse durante toda la vida, ya que no existe tratamiento curativo", añade, haciendo énfasis en la necesidad de realizar acciones preventivas al respecto.



Linfedema

Entre estas medidas está el drenaje linfático manual, un masaje con el que se consigue la reabsorción del líquido intersticial a través del sistema linfático, según ha dado a conocer un estudio llevado a cabo por la Udaif, en el que ha participado Torres.

La investigación, desarrollada por el Departamento de Fisioterapia de la universidad y el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, tuvo como objetivo principal confirmar que la combinación de técnicas fisioterapéuticas y de educación personalizada sirve para evitar la aparición del linfedema en mujeres sometidas a cirugía mamaria con linfadenectomía.

Según Torres, no sólo se consiguió demostrar la eficacia de esta técnica físicamente, sino que se confirmó que también actuaba como apoyo emocional. "El tratamiento de fisioterapia se aplica en un momento muy delicado para la paciente", explica la especialista, incidiendo en que las mujeres acuden a las sesiones durante las tres semanas posteriores a la cirugía. "De alguna manera, derivan en ti todas sus dudas y sus miedos", comenta.

Las declaraciones de una de las pacientes, de 32 años, así lo corroboran: "Te ayuda en todos los aspectos, te dan información, porque no sabes muy bien qué te pasa, te explican qué puedes hacer en tu vida cotidiana para recuperar la movilidad perdida, te ayudan cuando surgen complicaciones...".

Un total de 120 participantes

En el estudio, llevado a cabo durante el mes posterior a la intervención, en tres sesiones a la semana, participaron 120 mujeres divididas en dos grupos. A las del primero se les trató con fisioterapia precoz (drenaje linfático manual en tórax y en el tercio proximal del brazo, masaje progresivo de la cicatriz, cinesiterapia activa y activa-asistida progresiva del hombro y ejercicios funcionales basados en los movimientos empleados habitualmente para realizar actividades cotidianas) y además recibieron información sobre cómo prevenir la aparición de linfedema. Por otro lado, las pacientes del segundo equipo compusieron el grupo de control y sólo recibieron el programa educativo (el mismo que el otro grupo).

Los resultados revelaron que la fisioterapia era muy efectiva, ya que en ese grupo sólo tuvieron linfedema el 7 por ciento de las pacientes, frente al 25 por ciento que lo desarrollaron en el grupo de control. Asimismo, en este último el linfedema apareció cuatro veces más rápido que en el grupo sometido a fisioterapia.

Por otro lado, un 48,3 por ciento de las pacientes sufrieron trombosis linfáticas superficiales, pero mientras que las mujeres del grupo tratado con fisioterapia precoz obtuvieron mejoras en la amplitud articular y en la intensidad del dolor, en las del grupo de control los síntomas persistieron.

"Esto podría indicar alguna relación con la aparición del linfedema, por lo que sería muy interesante que se planteasen estudios para analizar la relación entre las trombosis linfáticas superficiales y el linfedema", comenta Torres. En su opinión, si dicha conexión quedara confirmada, las trombosis linfáticas superficiales serían otro factor de riesgo sobre el que poder actuar para prevenir su aparición.

La fisioterapia se demuestra, de esta manera, eficaz en la recuperación de las secuelas tras la intervención quirúrgica: "En las alteraciones del movimiento y de la función del miembro superior y en las complicaciones vasculares", explica Torres. Por ello, la responsable de la Udaif cree que lo ideal es compaginar el tratamiento con fármacos que van dirigidos a eliminar el dolor en la paciente.

Según la especialista, la fisioterapia postquirúrgica para la recuperación de la movilidad del brazo y el tratamiento de las secuelas vasculares sólo se ha realizado en la Udaif hasta el momento. "Esperamos que la publicación de los resultados del trabajo promueva su inclusión en el mayor número posible de hospitales españoles", comenta.

SEÍSMO | 'La fase de emergencia pura y dura ya ha pasado'

La Aecid detiene el envío de personal sanitario de emergencia a Haití

- La Aecid detiene el envío de personal sanitario de emergencia a Haití
- La agencia valora positivamente las ofertas de ayuda de las autonomías

Ana Bravo Cuiñas | Madrid

Actualizado **miércoles 10/02/2010 10:38 horas**

- [Disminuye el tamaño del texto](#)
- [Aumenta el tamaño del texto](#)

La ayuda de la comunidad internacional a Haití tras el [terremoto del pasado 12 de enero](#) comienza a cambiar de rumbo. Si hasta ahora se centraba en el envío de material y personal para emergencias y para atender las necesidades básicas de la población, las autoridades del país caribeño estudian ahora los nuevos problemas que afrontan un mes después de la catástrofe.

De esta forma, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Aecid) **ha detenido el envío de más dispositivos de emergencia sanitaria a Haití**, pese a los ofrecimientos reiterados que reciben de las distintas comunidades autónomas.

Desde el organismo aseguran que en estos momentos se está realizando "**una valoración técnica de las necesidades de personal de emergencia**". Y es que "la fase de emergencia sanitaria pura y dura ha terminado y existen muchos países que también han enviado material y efectivos y que trabajan en la zona", comentan.

Además, recuerdan que toda la ayuda que se manda "está en función también de lo que pida el gobierno haitiano, al que no se deja de apoyar". Pero sí reconocen que, en estos momentos, el país ha dejado de solicitar "ayuda de emergencia".

Respecto a los ofrecimientos de cooperación de los servicios sanitarios autonómicos, la agencia "**valora muy positivamente todas las ofertas de ayuda**, porque demuestran la solidaridad de los españoles con la tragedia de Haití".

La reconstrucción de la oficina técnica

Por otra parte, la embajada española en el país, que [sufrió importantes daños](#) a consecuencia del seísmo, ya funciona "a pleno rendimiento" al frente del diplomático [Paulino Fernández Corrujedo](#), que sustituye en funciones a Juan Fernández Trigo, quien resultó gravemente herido.

Precisamente, una de las principales tareas del cuerpo diplomático es ahora **reabrir la oficina de cooperación técnica** que, junto con la residencia del embajador, la sede de la cancillería y el centro cultural, quedaron totalmente destruidas por el terremoto.

Hasta el momento, la Aecid ha informado de que las autoridades españolas ya cuentan con un nuevo local en Puerto Príncipe donde albergar la oficina y que se espera que en breve "pueda volver a estar operativa", afirman en la agencia.



Reparto de agua entre los damnificados en el estadio Silvio Cantor de Puerto Príncipe. | Reuters

Esta unidad se encuentra ubicada en el Área de Pruebas Funcionales y Diagnósticas del Patio A de este centro sanitario, zona de nueva construcción inaugurada hace unos meses, lo que facilita el acceso directo e independiente de los pacientes y sus acompañantes a esta unidad.

La puesta en funcionamiento de las nuevas instalaciones para rehabilitación cardiaca coincide con la conmemoración del décimo aniversario desde que el Hospital Virgen de la Victoria comenzara a prestar este tipo de atención especializada de forma pionera en la sanidad pública andaluza. Se calcula que más de un millar de pacientes se han beneficiado de los programas de rehabilitación en esta unidad desde que iniciara su andadura en 1999.

La nueva Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Alto Riesgo, que forma parte de la reforma de la torre A y que ha contado con un presupuesto aproximado de 130.000 euros, prestará asistencia aproximadamente a 300 pacientes cada año, el triple que hasta ahora. Se pasa de atender dos grupos de seis pacientes cada uno a la semana, a tres grupos de ocho pacientes semanales. Además, recibirán atención otros grupos de pacientes que presenten riesgo moderado.

Las nuevas instalaciones disponen de un apartado donde los pacientes realizarán ejercicios de calentamiento, relajación, y donde recibirán sesiones de información sobre educación sanitaria. Por otro lado, la sala cuenta con una zona de entrenamiento aeróbico, donde se encuentran instalados los equipos de alta tecnología para la realización de ejercicios, y que dispone de seis bicicletas y dos cintas rodantes equipadas con dispositivos de monitorización cardiaca.

En el centro del gimnasio se encuentra el área de control, donde el equipo de profesionales de la unidad supervisa el estado de cada paciente durante la realización del programa de ejercicios.

Para garantizar las condiciones de seguridad de estos pacientes, la nueva Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Alto Riesgo se encuentra muy próxima a la Unidad de Cuidados Críticos de este centro sanitario; y además dispone de una consulta de rehabilitación cardiorrespiratoria anexa a la zona de entrenamiento, que se encuentra dotada de equipos de urgencia vital (material para reanimación y desfibrilador automático).

Un total de dos fisioterapeutas, dos rehabilitadores, una enfermera y un cardiólogo componen el equipo de profesionales de alta cualificación que integran esta unidad que, además, cuenta con el apoyo de otros profesionales del centro como dos psicólogas, un endocrino, un urólogo, una nutricionista; así como de un médico de familia y de un fisioterapeuta del área sanitaria del hospital.
Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía

Facilitar la recuperación de los pacientes que hayan sufrido una grave crisis de salud a nivel cardíaco y respiratorio, mejorar su calidad de vida, así como ayudar al enfermo y a su familia en la adquisición de conocimientos de hábitos de vida cardio-saludables conforman los principales objetivos de la Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Alto Riesgo del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, tal y como establecen las directrices marcadas por el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía.

ATAXIA DE FRIEDREICH

Camino a la invalidante silla de ruedas

Ataxia significa pérdida de la capacidad de coordinación. En la ataxia de Friedreich, este trastorno resulta en la degeneración del tejido nervioso en la médula espinal y de los nervios que controlan los movimientos musculares en las extremidades, por lo que provoca en los afectados una pérdida progresiva de las funciones necesarias para la autonomía personal.

Laura D. Ródenas - Miércoles, 10 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

En un periodo de 10 a 15 años estos pacientes se ven condenados a una silla de ruedas y a depender más y más de los cuidados familiares. "Unas atenciones que, por otra parte, han cambiado drásticamente las estadísticas, corrigiendo la alta tasa de muertes prematuras", apunta José Berciano, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander.

Los síntomas son de inicio precoz: generalmente comienzan entre los 5 y los 15 años de edad con la ausencia de equilibrio



José Berciano

"Los síntomas son de inicio precoz", continúa el experto. Generalmente comienzan entre los 5 y los 15 años de edad con la ausencia de equilibrio seguida de una voz escandida.

Los pacientes tienen dificultades para caminar y se vuelven torpes. La mayoría de pacientes presentan espasticidad, disartria y disfagia, anomalías que impiden el control voluntario de los movimientos, el habla normalizada y la acción de tragar, respectivamente.

En principio, los atáxicos tratan de compensar la deficiencia de posición en el espacio a través de la vista. Sin embargo, la visión también puede verse alterada (al igual que la función auditiva) y la condición tiende a agravarse, extendiéndose a los brazos y al tronco. Es posible, asimismo, que pierdan la sensibilidad en las extremidades distales.

Con el tiempo los músculos se debilitan y se atrofian, siendo común la aparición de arcos altos en los pies, pies planos y deformidades como flexión de los dedos o miembros demasiado gruesos. Del mismo modo, las articulaciones fallan cada vez con más frecuencia y el cansancio sobreviene con facilidad a la persona. La escoliosis tampoco ayuda, y cuando es muy pronunciada puede derivar en problemas respiratorios", señala Berciano.

En el cerebro el daño se localiza en el cerebelo, auténtico centro de coordinación del que depende la capacidad de andar, conversar o tragar

Cuando la dificultad para respirar se acompaña de dolor en el pecho o palpitaciones puede ser indicativo de alguna de las cardiopatías que, en ocasiones, acompañan la ataxia, tales como la cardiomiopatía, la miocarditis, la fibrosis miocárdica o la insuficiencia cardíaca.

Aproximadamente el mismo porcentaje, en torno al 10 o el 20 por ciento de afectados, desarrolla diabetes. Según Berciano, "si a alguna de estas complicaciones se suma la abolición de los reflejos, el resultado es una base sólida para sospechar la enfermedad; un diagnóstico que deberá confirmarse con un análisis de la frataxina".

Epicentro del problema

La frataxina, una proteína codificada por el gen X25, que se halla a su vez en el cromosoma 9, es la culpable de este trastorno. Debido al código anormal heredado (por transmisión autosómica recesiva), una secuencia en particular de bases (GAA) se repite por encima de las 200 veces (hasta 1.000 copias), cuando lo normal sería un número comprendido entre 7 y 22. Cuantas más copias de GAA tenga el paciente, más temprana se revelará la enfermedad y más rápida será su evolución.

La alteración de los niveles de frataxina hace que ciertas células (especialmente las del cerebro, la médula espinal y los músculos) sean incapaces de soportar la tensión oxidativa que producen las mitocondrias, generándose radicales libres que pueden destruir las células y dañar gravemente el organismo. De hecho, se cree que el sistema nervioso, el corazón y el páncreas, así como las células de los nervios y de los músculos, serían especialmente vulnerables al efecto de estos radicales libres.

"En el cerebro el daño se localiza en la parte que actúa como centro de coordinación, que no es otra que el cerebelo", explica Berciano, órgano responsable de coordinar la habilidad para andar, conversar o deglutir, entre otras. La información entra en el cerebelo desde el cordón espinal, de modo que, aunque el cerebelo no controla directamente la energía, la degeneración de tejido nervioso en la médula así como de las vías sensoriales revierte sobre la correcta ejecución de las acciones. La médula espinal se estrecha y las células nerviosas pierden parte de su vaina de mielina, la estrecha cobertura de todas las células nerviosas que ayuda a transmitir los impulsos nerviosos.

Del laboratorio al enfermo

"No existe un tratamiento medicamentoso sólidamente fundado", afirma sin vacilaciones Berciano. Desde hace diez años es posible utilizar la idebenona, un fármaco que podría ser útil para tratar las complicaciones cardíacas asociadas a la enfermedad y que, por lo demás, ha demostrado tener efectos bastantes discretos sobre los aspectos neurológicos. En este sentido, a día de hoy su eficacia todavía genera controversia.

Para Berciano el camino para encontrar un cura será largo. "En 1986 -recuerda- se halló el gen responsable de esta anomalía y diez años después la ciencia logró clonarlo y aislar la mutación pero trasladar la investigación a la cabecera del enfermo no es una tarea fácil". Por ahora, las únicas opciones se circunscriben a tratar los síntomas, limitándose a la asesoría genética, la logopedia, la fisioterapia, las intervenciones ortopédicas y el tratamiento de la diabetes y las complicaciones cardiopáticas si las hubiera. Berciano pone sus esperanzas en la genética molecular aunque "habrá que esperar".

PREVALENCIA

"Aunque es infrecuente, se trata de la ataxia recesiva más prevalente, con 4,7 afectados por cada 100.000 habitantes", apunta Berciano citando un estudio de 1991 publicado en *Brain*. Según el mismo estudio, el número de afectados por las ataxias en conjunto es de 20 por cada 100.000 personas.

DIAGNÓSTICO

La marcha atáxica es un primer indicio. Una prueba genética para identificar el gen de la fraxatina confirmaría las sospechas. Para *cuantificar los daños* es posible realizar una biopsia, una electrocardiografía, una tomografía computarizada o radiografías de tórax o columna.

CENTRO DE REFERENCIA

Aunque sí hay asociaciones que brindan su apoyo, entre ellas la Fedaes, no existen centros de tratamiento específico. "Lo importante es hacer hincapié en la necesidad de encarar la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar, que aúne a un neurólogo, un fisioterapeuta rehabilitador y una persona cercana", subraya Berciano. Por otra parte, "es importante que el centro de atención se encuentre próximo al domicilio del paciente para no empeorar su calidad de vida".

Neurología - Últimos avances en Investigación de la Esclerosis Múltiple

Última actualización de la noticia: 11/02/2010

Muchas de las enfermedades que en la actualidad afectan a numerosas personas de la población tienen muchos puntos aún desconocidos tanto para médicos como para pacientes. Por eso cualquier novedad que se desprende de las investigaciones que se llevan a cabo supone una magnífica noticia y fuente de esperanza para aquellos que la Sufren. La [esclerosis múltiple](#) ejemplifica perfectamente ese grupo de enfermedades al que nos referimos, aunque hay que tener cuidado y no creerse todo lo que se dice, y menos si la fuente de la que obtenemos esa información es internet.



Esclerosis Múltiple

El doctor Rafael Arroyo, Jefe de la Unidad de Esclerosis Múltiple del Servicio de Neurología del hospital Clínico de Madrid y jefe del servicio de neurología de Hospital Quirón Madrid, cuenta las últimas novedades en torno a la [esclerosis múltiple](#).

Falsas noticias

El último rumor que circula acerca de la [esclerosis múltiple](#) es que puede ser consecuencia de una deficiente circulación en el encéfalo, una información que circula por internet. El doctor Arroyo se encarga de desmentirlo, porque la [esclerosis múltiple](#) no es una enfermedad vascular ni arterial por lo que esa teoría no se sujeta por ningún sitio.

Las últimas novedades en cuanto a investigación

La [esclerosis múltiple](#) es una enfermedad muy importante que afecta a muchos pacientes en España. Esta enfermedad es una de las partes de la neurología que más investigación contiene, tanto para aspectos sintomáticos como para temas relacionados con el dolor. También se incide en la historia natural de la enfermedad algo que quedará plasmado con la aparición de nuevos fármacos este mismo año. Las últimas investigaciones han aportado resultados relacionados con los receptores de los cannabinoides en el tratamiento para el dolor. El estudio que se ha llevado a cabo hace referencia al papel que pueden tener los cannabinoides en algunos pacientes, mejorando el dolor en aquellos casos que no respondían bien a otros tratamientos. Esta novedad abre la posibilidad de paliar no solo el dolor sino otro síntoma muy incómodo para quien sufre esta enfermedad, la rigidez de las piernas

Las células madre y la Esclerosis Múltiple

La investigación con [células madre](#) puede abrir muchas puertas y vías de actuación en muchas enfermedades que hoy día no tienen solución, como es el caso de la [esclerosis múltiple](#). Sin embargo, aún es pronto para afirmar que los cambios se producirán en breve. Hay que tener en cuenta que desde que un fármaco empieza a investigarse hasta que consigue éxitos como para estar en el mercado, pasan unos 12 años. Así que conseguir que las [células madre](#) hagan la función que se pretende en la [esclerosis múltiple](#) no es imposible, pero tampoco es algo inminente porque las investigaciones se acaban de iniciar. Además la [esclerosis múltiple](#) es una enfermedad de mucha complejidad porque el sistema inmunológico se equivoca y destruye unas zonas del cerebro. Reconstruirlas y conseguir que el cerebro no las vuelva a atacar aún llevará tiempo.

Terapias alternativas para tratar algunos síntomas

La oxigenación hiperbárica es una de las terapias alternativas que se han probado para tratar a pacientes con [esclerosis múltiple](#). El tratamiento con cámaras de oxígeno hiperbárico ha demostrado ser eficaz para algunos pacientes según los resultados de diversos estudios. Por lo que respecta a la rigidez de las piernas que se origina tras meses de debilidad en la zona, se están llevando a cabo sesiones de fisioterapia específica para evitar esas consecuencias. Este es un proceso en el que entra en juego la médula espinal, y la rigidez en las piernas acaba siendo algo muy incómodo, irritante y hasta doloroso para el paciente. Por tanto la primera medida a tomar es evitar que un paciente con [esclerosis múltiple](#) llegue a ese nivel, y cuando han degenerado se precisará de esa fisioterapia para paliar las molestias. Tampoco debemos olvidarnos de los zumbidos en los oídos tan molestos para cualquier persona y que son tan comunes en los pacientes con [esclerosis múltiple](#). Para tratarlos es muy importante estudiar la causa y buscar el tratamiento que pueda ser eficaz.

La esclerosis múltiple y sus incógnitas

La [esclerosis múltiple](#) es una enfermedad que aparece en edades muy tempranas de la vida y que afecta a personas con mucha energía y proyectos en mente. Los especialistas ansían la aparición de algún marcador genético que indique el riesgo de un paciente de tener esta enfermedad, pero por el momento no se cuenta con ello. Aun no se conocen los factores genéticos que hacen desarrollar la enfermedad, aunque se sabe que hay una cierta predisposición familiar leve. Sin embargo todavía no se puede afirmar que sea una enfermedad hereditaria, porque de todos esos genes solo se conoce uno que da muy poca información al respecto. Se está trabajando mucho para conseguir detectar el marcador genético que pueda aplicarse a un paciente para saber si desarrollará [esclerosis múltiple](#) o no.

UN PROYECTO CENIT AGRUPARÁ TODO EL CONOCIMIENTO

La rehabilitación nunca volverá a ser igual

Cuatro años, 15 millones de euros y un gran proyecto: *Rehabilita*. Un consorcio, liderado por GMV y compuesto por diez empresas con una gran trayectoria en innovación tecnológica y once centros de investigación públicos repartidos por toda la geografía española, se encargarán, en el marco del programa Cenit, de cambiar la cultura de la rehabilitación física, cognitiva y cardiorrespiratoria en España.

Rosalía Sierra - Jueves, 11 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Si algo preocupa a las Administraciones sanitarias, más aún en época de crisis, es el gasto sanitario. Y, aunque la farmacia es la gran acaparadora de la inversión, buena parte de ese gasto se va en el desembolso correspondiente a las incapacidades temporales (IT). Por tanto, cualquier iniciativa que contribuya a acortar y abaratar los periodos de IT será bien recibida: "El mundo de la rehabilitación es aún poco conocido, pero tiene una capacidad de expansión tremenda. El problema es que, salvo algunas mejoras tecnológicas, se sigue trabajando igual que hace 50 años", explica Carlos Royo, director de Desarrollo de Negocio de GMV, empresa que se ha marcado como objetivo cambiar este estancamiento.



rehabilitación

Así, GMV lidera el proyecto *Rehabilita*, puesto en marcha por un consorcio de compañías con vocación y trayectoria reconocida en innovación tecnológica, centros de investigación en tecnologías biomédicas, tecnologías electrónicas, tecnologías de la información y la comunicación y tecnologías robóticas, así como centros clínicos de investigación de excelencia en procedimientos innovadores en rehabilitación.

Un paso fundamental del proyecto es ordenar todo el conocimiento científico existente, crear un repositorio con toda la información disponible

El proyecto se enmarca dentro del programa Cenit, del Ministerio de Ciencia e Innovación, que busca aumentar la colaboración público-privada.

El objetivo del programa "no es crear productos finales, sino cambiar culturas. Nosotros queremos modificar la forma de hacer rehabilitación basándonos en las nuevas tecnologías, desde internet hasta la robótica, pasando por las tecnologías móviles y las videoconsolas, por ejemplo". Para lograr este cambio, *Rehabilita* cuenta con cuatro años y una aportación pública de 15 millones de euros.

Redes sociales

Un paso fundamental del proyecto es "ordenar todo el conocimiento científico existente, crear un repositorio de información para que el profesional de la rehabilitación deje de tener tanto de artista y pase a tener más de científico". O lo que es lo mismo, llevar los principios de la medicina basada en la evidencia a "la rehabilitación basada en la información".

Para aunar toda esta información, nada mejor que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que están al alcance de todos: "Queremos usar las redes sociales, implicando así a los pacientes en el proyecto".

Se abordarán todos los aspectos de la rehabilitación, agrupándolos en tres campos: física, cognitiva y cardiorrespiratoria

La idea es convertir *Rehabilita* en un sello de calidad que acredite la fiabilidad de los contenidos. Tal y como explica Royo, "si el proyecto se hace *fan* en *Facebook*, por ejemplo, de una página sobre este tema será porque esa página es fiable".

Por eso el consorcio está integrado por entidades de prestigio, encabezadas por los tres grandes pilares de la rehabilitación en España: el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, el Instituto Guttmann y el Hospital Central de Asturias, "principales usuarios futuros de los resultados del proyecto, que, a su vez, nos proveen de conocimiento". Por su parte, "el rigor científico corre a cargo del Instituto de Salud Carlos III".

La estrategia del proyecto consiste en centrarse en tres grandes ámbitos, correspondientes a los tres centros líderes: la rehabilitación física -accidentes de tráfico, enfermedad cerebro-vascular, catástrofes y dolencias musculoesqueléticas-, cognitiva -depresión, accidentes de tráfico, enfermedad cerebro-vascular, catástrofes y demencias- y cardiorrespiratoria -infarto de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones respiratorias bajas y tuberculosis-.

Continuidad

No obstante, el proyecto no quiere quedarse en la primera fase: "El objetivo es darle continuidad al consorcio. Durante la ejecución del Cenit definiremos las buenas prácticas, después las llevaremos a cabo". Incluso, según adelanta Royo, se tratará de dar salida internacional a los avances desarrollados. Lo fundamental es lograr que el cambio se produzca, para lo que es imprescindible contar con los profesionales desde el principio: "No se trata de un proyecto tecnológico, sino clínico. De nada sirve desarrollar una aplicación si luego no se utiliza porque no resulta funcional".

Las empresas que participan en el proyecto junto a GMV son Gutmar, Lavinia, Tesis, Institut Guttmann, Aquiles Robotics Systems, Ficosa, RGB medical devices y Esteve.

En lo que respecta a los centros de investigación, además de los ya citados están la Universidad Politécnica de Madrid, Cetemmsa, Barcelona Digital, el CREB de la Universidad Politécnica de Cataluña, la Fundación Vodafone España, el Instituto de Biomecánica de Valencia y Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Madrid.

A LA LUZ DE LOS DATOS DE UN ESTUDIO REALIZADO EN 1.566 PACIENTES

La balneoterapia es eficaz en el tratamiento de los síntomas de la artrosis y no tiene efectos secundarios

La artrosis es una de las patologías crónicas más comunes, que afecta de forma creciente a los mayores de 50 años. Su tratamiento generalmente es sintomático, por lo que a las molestias propias de la enfermedad se suelen sumar los efectos secundarios de los fármacos.

Ángeles Blanco - Jueves, 11 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Por eso, la balneoterapia se presenta como una alternativa eficaz, con garantías de mejora para los afectados.

Un estudio clínico prospectivo realizado por el balneario de Archena, en Murcia, ha valorado la eficacia del tratamiento en 1.566 pacientes del programa de Termalismo Social del Imsero.

Antes del inicio del proceso los participantes recibieron una valoración médica, junto con una evaluación de su percepción del dolor con la Escala Visual Analógica del Dolor y los cuestionarios algo funcionales de Lequesme y de Womac. Después, acudieron al balneario durante once días para recibir tratamientos de lodos y baños. Una vez finalizado el procedimiento volvieron a ser evaluados con los mismos indicadores y recibieron una tercera y cuarta valoración a los tres y seis meses. Los resultados indican que el dolor disminuye en un 1,24 por ciento de los casos justo después de recibir la balneoterapia, 1,58 a los tres meses y 1,61 a los seis. Asimismo la funcionalidad se mejora en un 5,27 por ciento, aunque sus beneficios se reducen a los tres y seis meses en un 10,97 y un 11,28 por ciento, respectivamente.

Según Olga Canales, médico hidróloga, "la principal ventaja es que la mayoría de los pacientes notan mejoría y, en caso de no tenerla, no hay posibilidad de sufrir efectos secundarios". En relación con los resultados obtenidos, Canales asegura que "es un tratamiento más, que unido a la fisioterapia se debe tener muy en cuenta, ya que mejora el dolor, la inflamación, la capacidad funcional y, a consecuencia, reporta beneficios a nivel psicológico". Respecto a la duración recomendada, la especialista recuerda que para que sus beneficios sean perdurables debe repetirse a los seis meses con una duración de dos a tres semanas.

el consejo estará presente en el desarrollo

La OMC sí participará en las guías de 'receta enfermera'

La Asamblea del Consejo General ha valorado el informe de la Comisión de Prescripción sobre la prescripción enfermera, y finalmente ha decidido que la OMC, en cumplimiento de la ley, participará en el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial.

Loreto Mármol - Viernes, 12 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

La Asamblea del Consejo General de Colegios de Médicos debatió el viernes sobre el informe y las propuestas de la Comisión de Prescripción de la Organización Médica Colegial (OMC), que dice textualmente que "la OMC no participará en la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, ni en las acreditaciones de enfermeros para las actuaciones que prevé esta modificación de la ley".

Pedro Hidalgo, coordinador de la Comisión de Prescripción, explicó a DM que finalmente, "considerando el cumplimiento de la norma, que obliga a la OMC a participar en la elaboración de guías y protocolos, el consejo estará en su desarrollo".

La Asamblea da el visto bueno al Observatorio de la Prescripción para "garantizar la mejor calidad asistencial y la mejor prescripción al menor coste"

La modificación de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios dice que "el Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica, de elaboración conjunta con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros".

No obstante, según Hidalgo y Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC, "aún no hemos recibido ninguna llamada del Ministerio de Sanidad y Política Social para comenzar a trabajar".

Prescripción vigilada

A lo que la Asamblea sí ha dado el pistoletazo de salida por unanimidad ha sido a la propuesta de creación del Observatorio de la Prescripción, porque "entendemos que el médico es un agente de gasto que debe realizar la mejor prescripción, y una prescripción de calidad lleva aparejado un menor gasto", matizó Hidalgo. O dicho de otro modo: "Queremos garantizar la mejor calidad asistencial y la mejor prescripción al menor coste".

El objetivo de la red de médicos centinela que realicen la observación será "saber qué se gasta y si lo hacemos bien, así como valorar el uso de genéricos". En palabras de Hidalgo, "el observatorio es igual que el ojo de un Gran Hermano profesional que todo lo ve". A su juicio, "el compromiso del médico con la sostenibilidad del sistema no puede ser mayor, algo que además debe ir unido a la formación".

Sistema informático

El observatorio también contempla la puesta en marcha de un sistema informático (Programa Informático de Gestión en Atención Primaria), que no sólo analizará el gasto farmacéutico sino también el relacionado con la incapacidad temporal y con las derivaciones por interconsulta.

Con todo, Hidalgo insistió en que "nos asustan los nuevos prescriptores que han irrumpido en el mapa sanitario", y en su discurso, cuando en alguna ocasión hacía referencia al "agente prescriptor", matizaba "que es el médico".

Clínica, seguridad y accesibilidad guían la rehabilitación respiratoria domiciliaria

Es un hecho contrastado el aumento progresivo de la demanda sobre rehabilitación respiratoria domiciliaria (RRD) en Cataluña.

J. L. - Viernes, 12 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Tal y como ha asegurado Lidia Capellas, rehabilitadora de la Corporación Fisiogestión. "Existe un requerimiento específico de atención universal que ha provocado que la demanda ascienda del 1 por ciento en 2005 al 6 por ciento en 2008, una espectacular subida porcentual que esclarece que la RRD es hoy un hecho real".

Además, "la atención de fisioterapia domiciliaria en nuestro país es deficitaria, y limitada habitualmente a las áreas urbanas, predominando la asistencia a pacientes con inmovilidad prolongada derivada de problemas osteomusculares. Con el avance de la supervivencia en determinadas enfermedades respiratorias, la atención en el domicilio pasa a ser una necesidad".

Tres criterios

Según ha subrayado Capellas, "la indicación de asistencia en domicilio se basa en tres tipos de criterios: clínico, de accesibilidad y de seguridad. En el primer caso se aplica la RRD para enfermos agudos o crónicos que tienen como característica común la pérdida de autonomía. En el caso de la accesibilidad, la recomendación de realizar una rehabilitación domiciliaria se plantea cuando los pacientes presentan dificultades para acceder de forma autónoma a un centro hospitalario o ambulatorio. A esta circunstancia hay que añadir, en muchas ocasiones, la existencia de barreras arquitectónicas".

En lo que atañe a los criterios de seguridad, "es aconsejable la RRD cuando el tratamiento conlleva algún peligro de caídas, existe una inmunosupresión o hay un riesgo de infección cruzada en los pacientes con fibrosis quística. Por ejemplo, si un paciente tiene una infección por una bacteria multirresistente y acude a la misma sala de fisioterapia que otros enfermos no contaminados, existe riesgo de que se transmita esa bacteria".

La RRD ha demostrado que aporta beneficios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en otros tipos de enfermedad respiratoria crónica.

La rehabilitación en ELA precisa de equipos multidisciplinares

El objetivo de la rehabilitación en esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es intentar mantener el mayor nivel de calidad de vida del paciente, mejorar su adaptación al entorno y aumentar su autonomía, según Guillermo Miranda, del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Juan Larrakoetxea - Viernes, 12 de Febrero de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

"Con la rehabilitación pretendemos mantener el mayor nivel de calidad de vida del paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), mejorar su adaptación al entorno, aumentar su autonomía y resolver las complicaciones que vayan surgiendo". De esta forma ha mostrado Guillermo Miranda Calderín, médico rehabilitador del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, su experiencia sobre el manejo integral de la ELA en los servicios de rehabilitación.

Un total de 170 especialistas se han reunido en Barcelona en el IX Curso Teórico-Práctico de la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria (Sorecar), filial de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

En su intervención, Miranda ha abordado el Manejo integral de la ELA en los servicios de rehabilitación. Ha precisado que "el único tratamiento aprobado en la actualidad para ella es el riluzole", y que "el retraso diagnóstico de nueve a doce meses suele ser la norma, sobre todo cuando el inicio es periférico". En España se estima que hay unos 900 casos nuevos cada año. Por ello, "es imprescindible establecer una buena coordinación con todo el equipo de profesionales que tratan al paciente (rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, etc.)".

Por otra parte, ha indicado que "es frecuente que los pacientes depositen en la rehabilitación unas expectativas desproporcionadas. Esto va a condicionar a los profesionales que integran la rehabilitación".

Adaptación al estadio

En los estadios iniciales, según el conferenciante, "los pacientes no precisan asistir a una sala de fisioterapia. Deben mantenerse activos, evitando el sedentarismo, pero a la vez tratar de no agotarse con sesiones muy prolongadas o muy intensas de ejercicio".

Además, ha recomendado que "en cada servicio de rehabilitación haya un solo profesional que atienda a estos pacientes". El seguimiento periódico, según ha afirmado el médico canario, "debe hacerse como mínimo cada tres meses, pues lo habitual es que la enfermedad progrese muy rápidamente".

Este tipo de pacientes tienen una baja tolerancia al ejercicio físico y se fatigan con facilidad. Presentan, además, "una insuficiencia respiratoria restrictiva del tipo neuromuscular". Debido a su débil musculatura, no pueden expulsar el aire con la suficiente fuerza para toser.

La fase final de la enfermedad deja al paciente sin fuerza en las cuatro extremidades, lo cual le confina (como es el caso de Stephen Hawking) a una silla de ruedas y necesitado de un ventilador. "En esta fase es fundamental la fisioterapia a domicilio, tanto respiratoria como muscular".

Asistencia desigual

Respecto a la asistencia, el rehabilitador insular ha denunciado que "en nuestro país la asistencia domiciliar para estos pacientes es muy desigual, ya que este servicio existe habitualmente en las áreas metropolitanas; las ciudades más pequeñas no lo tienen". Por eso, "desde Sorecar propugnamos la creación de equipos multidisciplinares para el manejo de la enfermedad y la unificación de la atención sanitaria domiciliar para todos los ciudadanos".

EL PROGRAMA LO HAN DISEÑADO EL CONSEJO GENERAL Y LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Comienza la formación y acreditación de enfermeras prescriptoras

Actualización: 12/02/2010 - 00:25H

Los primeros alumnos son presidentes colegiales y miembros de juntas de gobierno

Redacción. Madrid

La Organización Colegial de Enfermería de España ha comenzado oficialmente a impartir el programa de formación y acreditación que ha diseñado junto a la Universidad Complutense de Madrid y cuyo objetivo es que todos y cada uno de los 250.000 enfermeros y enfermeras de España, adquieran las competencias necesarias para obtener la acreditación oficial como enfermero prescriptor establecidas tras la reforma de la Ley del Medicamento.



Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería (a la derecha), y los presidentes de colegios y miembros de juntas directivas, durante una de las clases.

La primera edición del programa está teniendo como alumnos a presidentes y miembros de las juntas de gobierno de los colegios de Enfermería de toda España. En las próximas semanas comenzará a impartirse en todo el territorio nacional.

El programa de formación y acreditación está dirigido por el catedrático de farmacología de la Universidad Complutense de Madrid, Juan Vicente Beneit Montesinos, y está basado en una metodología adaptada al Espacio Europeo de Educación Superior. Así, se estructura en una formación semipresencial de 150 horas que se apoya en las nuevas tecnologías y en el aprendizaje autónomo tutorizado. El programa de formación para la adquisición de competencias como enfermero prescriptor tiene un total de 6 créditos académicos ECTS y 150 horas de duración semipresencial.

LOS INVISIBLES

"Estadísticamente, el peor momento de un maratón es el kilómetro 35"

4.150 corredores. 42,195 kilómetros. Son cifras del XXVI maratón de Sevilla cuya cobertura sanitaria lleva una doctora aficionada al senderismo y a los microrrelatos

| ACTUALIZADO 13.02.2010 - 05:03

ESTÁ a punto de cruzar la meta de los 50 años marcha. Ángeles Prada (Sevilla, 1960) ha convocado a las siete de la mañana del domingo a noventa miembros del personal médico, 87 fisioterapeutas y 32 podólogos que se encargarán de la asistencia sanitaria del XXVI maratón de Sevilla. Esta doctora lleva veintidós maratones.

-¿Cuál es el peor kilómetro?

-Estadísticamente, el peor kilómetro es el 35. Coincide con la Ronda de Triana.

-¿Qué tiempo se prevé?

-Lluvia y dos grados. Va a ser uno de los maratones más duros. Lo importante es que no haya viento.

-¿Cómo surge su vocación?

-Nada de familia. Se dedicaban a la construcción y al comercio. Siempre me gustó todo lo relacionado con la biología y la farmacología. Como no iba a estudiar Biología ni Farmacia, elegí Medicina. Y en la carrera me entusiasmé con la traumatología y en la Medicina del Deporte.

-¿Cómo fue su primer maratón?

-Empecé en la zona de fisioterapia, porque entonces los servicios médicos los llevaba el Ayuntamiento. Unos médicos con chaqueta y corbata prestando sus servicios en una carpa militar.

-¿Le va la marcha?

-Mi estreno internacional fue con el Mundial de Atletismo de Sevilla 1999. La Federación Española y la Internacional me nombraron directora de Marcha y Maratón. El que ganó Abel Antón. Martín Fiz no la terminó. Lo tuvimos que recoger en el circuito, concretamente en Virgen de Luján.

-¿'Cura' otros deportes?

-Fui al Mundial de Bádminton, los Juegos Iberoamericanos de Huelva 2004, los Juegos Mediterráneos de Almería 2005, el Mundial Ecuestre de Jerez 2002.

-Desde que Filípides corrió para notificar el triunfo en la batalla de Maratón, debe ser la gesta que más permanece en el recuerdo...

-Este año tengo prevista una visita a Atenas. Como responsable del programa de Salud *Special Olympic Spain*, un movimiento para deportistas con discapacidades intelectuales, iré a los Juegos de Verano en Varsovia y los Juegos de Invierno, que se celebrarán en Atenas. Hace dos años fui a Shanghai, donde se disputaron estos Juegos de Verano un mes antes de los Olímpicos de Pekín.

-Con tantos maratones, ¿qué otros cambios ha notado además de la reducción de marcas?



Ángeles Prada, en la oficina de Viapol donde planifica la cobertura sanitaria del maratón de mañana.

-Se suelen preparar todo el año, no unos meses; adaptan sus hábitos alimentarios e hídricos; eligen vestimenta y calzado adecuados. Ya no se ven esas escenas de gente cayéndose en la Plaza de España. Saben que un medio maratón no es la mitad de un maratón, que el esfuerzo no crece de forma aritmética, sino exponencial.

-¿En la vida, fondista o velocista?

-Me gusta pensar las cosas, prepararlas. Soy muy sistemática. También en mis aficiones. Me gusta la lectura, viajar, la alta montaña. De vez en cuando escribo algún relato; más que relatos serían sensaciones.

-¿La vida es un maratón?

-Sí. Lo importante no es la velocidad ni la marca, sino llegar. Y llegar siendo tú mismo. Si llegas a la meta y te desplomas no has llegado. Me pone muy nerviosa la gente que va corriendo y se pone a mirar el cronómetro.

-Un maratón en San Valentín...

-La tradición es que el de Sevilla se dispute el último domingo de febrero, pero coincidía con una cumbre de ministros de la Unión Europea. La semana próxima se disputa el de Valencia.

-¿Corren deportistas?

-Más que como deporte, se lo toman como forma de superación, de reto, de reafirmarse. La consideran una especie de fiesta. El maratoniano es un tipo curioso. Se entrenan en grupo, hacen de un deporte de solitarios como es el atletismo una forma de amistad, de relaciones sociales.

-¿Quién le impresionó?

-Abel Antón. Por su calidad humana y deportiva. Se entrenó para adaptarse al maratón del Mundial de Sevilla, que se corrió a las seis de la tarde de un día de agosto para poder entrar en el telediario. Lo patrocinaba Televisión Española. El maratón femenino se disputó en una hora propicia para la televisión japonesa porque la favorita era de ese país.

-¿Los maratones forman un Gran Slam, un camino de Santiago?

-En cierto modo sí. Yo pertenezco a la Asociación de Médicos Directores de Maratón. Me invitaron como asesora a los de Londres en 1997 y Nueva York en 2006. Colaboré en las pruebas de Marcha y Maratón de Barcelona 92.

-¿Un oficio sedentario está descartado para el maratón?

-No tiene nada que ver. Por esa regla de tres, los albañiles serían magníficos maratonianos, porque se están moviendo continuamente. La han corrido albañiles, fontaneros, mecánicos, arquitectos, fotógrafos, funcionarios.

-¿La peatonalización es una cantera de maratonianos?

-Es una estructura que lo puede favorecer. Quien camina puede llegar a correr, y quien corre puede elegir este hábito saludable.

-¿Cubre otros eventos?

-He sido la responsable de la cobertura sanitaria en los conciertos de Madonna y Bruce Springsteen y me encargué del de U2.

-¿Quién provocó más desmayos?

-Madonna es puro espectáculo, pero Springsteen levantaba a la gente de los asientos.

-¿Edad idónea para el maratón?

-El corredor de 30 a 35 años, que ya está cuajado.

Terapias alternativas en la consulta del médico



REUTER

PILAR QUIJADA

Publicado Sábado, 13-02-10 a las 10 : 51

Lo que sí funciona

Acupuntura: Técnica en la que agujas muy delgadas se insertan en el cuerpo. Se utiliza en algunas Unidades del Dolor. Puede aliviar el dolor, en especial cervical y lumbar, la migraña y algunos tipos de náuseas. Un estudio de la Sociedad de Medicina Materno-fetal de Chicago lo asocia a niveles más bajos de depresión en el embarazo.

Aromaterapia: Aceites esenciales para modificar el humor. Alivian el estrés y las náuseas, según la Sociedad Americana del Cáncer (SAC).

Biofeedback: Dispositivos de monitorización favorecen el control voluntario sobre procesos físicos que se controlan de forma automática, como la tensión arterial o el ritmo cardíaco (SAC).

Fitoterapia: Un 40 por ciento de los medicamentos provienen de plantas y por tanto los preparados de fitoterapia deben tomarse bajo supervisión médica. En algunas especialidades, como Ginecología, se utilizan ampliamente soja y aceite de onagra, entre otros.

Meditación: Uso de la concentración o reflexión para relajar el cuerpo y calmar la mente. Un reciente estudio presentado en la Asociación Americana del corazón asegura que reduce un 50 por ciento el riesgo de ataque cardíaco, ictus y mortalidad en pacientes coronarios.

En 1810 el médico alemán Samuel Hahnemann, que había renegado años antes de la medicina al uso, publicó su peculiar forma de combatir la enfermedad. Si la medicina oficial trataba de contrarrestar los síntomas mediante sangrías, purgas o enemas, en ocasiones con más perjuicio que alivio, Hahnemann proponía administrar sustancias que provocaran síntomas semejantes («similia similibus curantur»). Su nuevo arte de curar, al que llamó homeopatía, ganó rápidamente adeptos entre los galenos y ha llegado hasta nuestros días en muchos países europeos, en especial Alemania, donde surgió.

Aunque la forma de proceder de la medicina moderna —que ya no trata de contrarrestar los síntomas sino de detener los procesos patológicos que los originan— sea muy diferente de la de principios del siglo XIX, ahora, como entonces, un número significativo de personas y médicos, buscan alternativas a una excesiva medicalización, recurriendo a ésta y otras terapias alternativas, que en muchos casos no han probado de manera inequívoca su eficacia y cuyo ejercicio no garantiza siempre estar en manos de un profesional debidamente cualificado. La Organización Mundial de la Salud, recomendó en 2002 la regulación de las terapias alternativas y complementarias «dada la escasez de datos científicos sobre su inocuidad y eficacia». Para ello proponía formular una política y una reglamentación en cada país que garantizase su buen uso.

La Generalitat de Cataluña fue la primera autonomía en intentar regular un total de trece terapias naturales, mediante un Decreto aprobado en 2007 que fue anulado en junio del año pasado por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña porque reconocía «el ejercicio de actividades materialmente sanitarias a profesionales no sanitarios en establecimientos no sanitarios».

Ahora es la Organización Médica Colegial (OMC) la que ha decidido considerar la homeopatía un acto médico, «para concienciar a quienes recurren a esta terapia de que lo hagan con profesionales médicos que hayan acreditado una formación en medicina y otra posterior en homeopatía», explica Cosme Naveda, portavoz de la OMC en terapias complementarias. Y es que una de las preocupaciones de esta organización médica es que «quien acuda a un homeópata no reciba un diagnóstico excluyente sino integrativo de la medicina convencional y de la homeopática. ¿Quién puede hacer ese diagnóstico? Sólo un médico formado en ambos campos. Es imposible que un homeópata no médico pueda hacerlo, con el gravísimo riesgo de cometer un error por omisión, por retraso en el diagnóstico y en la aplicación del tratamiento adecuado», explica Naveda. Otra razón que esgrime es que «los preparados

homeopáticos son medicamentos según nuestra legislación y los deben prescribir los médicos tras un diagnóstico y las pruebas clínicas pertinentes».

Asignatura pendiente

Esta decisión de la OMC, ¿significa el reconocimiento de la eficacia de la homeopatía? De momento sólo se pretende regular su ejercicio. La demostración de eficacia es aún la asignatura pendiente, como explica Naveda: «La OMC es plenamente consciente de que sobre la eficacia de la homeopatía hay aún grandes controversias y grandes detractores. El reconocimiento vendrá dado tras la demostración científica de su efectividad a través de los estudios

pertinentes, elaborados con el suficiente rigor y la adecuada metodología. Ésta es una labor que les queda por hacer a las sociedades que agrupan a los médicos homeópatas», explica.

Desde la Sociedad Española de Homeopatía, con sede en el colegio de Médicos de Valladolid, su presidenta, Dolores Tremiño, argumenta que «hay ya muchos trabajos científicos que demuestran que la homeopatía es eficaz. Aparte lleva más de doscientos años practicándose. Si no fuera eficaz la gente no recurriría a ella. Y se ha demostrado que su efecto es diferente al del placebo». Sin embargo, no destaca ningún estudio en particular que lo demuestre.

Explica Tremiño que aún se desconoce el mecanismo que hace eficaces a los remedios homeopáticos, que son el resultado de repetir hasta 30 veces una dilución 1/100, en la que una gota de producto se diluye en 99 de agua. A su vez una gota de esta solución ya diluida se disuelve en otras 99 de agua. Y así hasta 30 veces en algunos casos. Para hacernos una idea, el resultado de repetir 12 veces ese proceso sería como poner una gota de producto en el Atlántico. Científicamente puede considerarse que no queda ni rastro de la sustancia inicial, pero «queda la información del producto de base. Acabo de recibir un artículo que habla de cómo la composición del agua puede guardar la memoria de la sustancia de la que has partido. Pero eso está por demostrar», admite Tremiño.

En el centro de salud

Mientras llega esa demostración de efectividad que demanda la OMC, la homeopatía se abre paso en las consultas de la red pública. En el centro de Salud Delicias Sur, de Zaragoza, los usuarios pueden recibir el consejo de un homeópata desde hace más de un año «con resultados satisfactorios», precisa Ángel Antoñanzas, coordinador del centro. Incluso tienen lista de espera para esta consulta que llevan médicos en prácticas de la Universidad de Zaragoza después de hacer un curso de especialización en Homeopatía. Alergias, enfermedades reumáticas y respiratorias crónicas o dermatitis infantiles cosechan los mejores resultados, dice Antoñanzas. Suele ser el médico de familia o el pediatra el que deriva a los pacientes, aunque otros lo solicitan directamente.

La medicina privada se hace eco también de esta demanda creciente, como explica Ignacio Ferrando, director de Comunicación Médica de Sanitas: «No están cubiertas por las pólizas, porque aceptamos lo que la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias reconoce al respecto. Pero es una demanda social y respetamos el principio de autonomía del paciente y por eso se incluyen dentro de Mundo Salud, una empresa que ofrece servicios relacionados con el bienestar, porque entendemos la salud en el sentido amplio de la OMS, como un estado de bienestar», aclara.

Junto a la homeopatía, están disponibles osteopatía y reiki, entre otras, «siempre con la garantía de que quienes las practican son profesionales sanitarios con formación adecuada y acreditación en su colegio profesional respectivo», recalca Ferrando.

La homeopatía no es la única «terapia no convencional» que se instala junto a la medicina oficial. El Centro de Atención Primaria Sagrada Familia, de Barcelona, ofrece además flores de Bach y acupuntura a cargo de una enfermera. En este caso, la única conexión que tienen con el sistema público es que están ubicadas en el mismo edificio, pero se pagan las tarifas estipuladas para cada terapia, aclara Carlos Romero, coordinador de terapias complementarias del Sagrada Familia. El precedente fue una consulta de odontología abierta en el centro y luego le siguieron las terapias alternativas. Este semestre quieren incluir la osteopatía. Romero señala que dada la demanda, creyeron positivo para el centro ofrecerlas fuera del servicio público y algo más baratas, aunque sin hacer competencia desleal.

Acupuntura en los hospitales

Los hospitales de la red pública de salud también han abierto su repertorio a las «complementarias». Hace ya cuatro años que el Virgen de las Nieves incorporó esta técnica para luchar contra el dolor. Fue la primera vez que en la sanidad pública se contrató específicamente a una médico acupuntora, aunque esta terapia la habían estrenado previamente otros dos centros andaluces, el Virgen del Rocío, de Sevilla, y el Reina Sofía, de Córdoba.

El Servicio Andaluz de Salud impulsó su incorporación ante las evidencias científicas de sus beneficios, demostrados con metaanálisis publicados en «Pain», la principal revista médica del dolor, señala Rafael Gálvez, responsable de la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Virgen de las Nieves. En la Unidad se tratan mediante acupuntura la lumbalgia crónica o el dolor postoperatorio en intervenciones de columna. «Se utiliza como complemento al tratamiento farmacológico, que suele reducirse por la mejoría experimentada con esta técnica», aclara Gálvez. El uso de analgésicos puede disminuir hasta en un 70 por ciento, «además de mejorar el sueño y el ánimo, algo que los calmantes por sí solos no logran», añade. Y sin efectos secundarios, «que serían en todo caso mínimos, como alguna infección, que se evita con las agujas estériles de un solo uso».

Dolores Caballero, médico acupuntora del Virgen de las Nieves, explica que «está más que comprobado que cuando se punzan los puntos específicos de acupuntura de manera adecuada suben en sangre los niveles de endorfinas, serotonina, ACTH y cortisol, que intervienen en los mecanismos del dolor y sobre los que actúan los analgésicos». Falta por aclarar que esos puntos se sitúan sobre una estructura física, «desconocemos la anatomía del canal que los une, pero con técnicas de contraste radiactivo se ha visto que el tecnecio 99 inyectado sigue el camino de los canales descritos en esta terapia milenaria». Caballero es partidaria de utilizar la acupuntura como primera opción y no sólo limitada al dolor, también en alergia, asma o incluso parálisis facial.

Natural no equivale a inocuo

Emilio Alba, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica, señala que desde su organización no están en contra de este tipo de terapias alternativas, en especial aquellas que no implican tomar ningún tipo de sustancia. «Estamos convencidos de que la acupuntura, el yoga o la meditación pueden ser positivas en pacientes con cáncer. Pero cuando se trata de tomar algún compuesto hay que consultar siempre al médico». Y es que, advierte Alba, la etiqueta «natural» no equivale a inocuo: «Hay sustancias vegetales que pueden interactuar con fármacos. Incluso el pomelo o los antioxidantes, como la vitamina E, en altas dosis pueden contrarrestar el efecto de la quimio».

En el Hospital Carlos Haya de Málaga, Antonio Fernández, auxiliar técnico de enfermería de la Unidad Clínica de Salud Mental I, con 27 años de experiencia en psiquiatría, propuso a la Dirección un taller de taichi para pacientes con enfermedad mental grave como parte de su terapia.

Los resultados son positivos y se notan en «la mejora en la atención y psicomotricidad», dos aspectos difíciles de trabajar. Y además muchos de los que participan repiten, todo un logro cuando la desmotivación es la norma.

Reiki para trasplantados

Incluso el reiki, que regula la energía por imposición de manos, ha llegado a hospitales como el de Jerez o el Ramón y Cajal de Madrid. En este último una maestra en esta técnica trabaja con pacientes de hematología, trasplantados de médula ósea, oncología y pediatría dos veces por semana, en sesiones de 20 minutos. Un tercio de los usuarios lograron reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo.

El presidente de la SEOM recuerda que «cuando la esperanza flaquea o tenemos un problema de salud severo se recurre a todas las alternativas posibles». Por eso es importante regular este tipo de terapias alternativas y exigirles fiabilidad. Sobre muchas de ellas se cierne la duda de si es el efecto placebo lo que las hace eficaces. Un efecto, por cierto, nada despreciable, que va más allá de la sugestión. El efecto placebo es capaz de movilizar los mismos mecanismos cerebrales que los antidepresivos, de ahí que a estos fármacos les sea tan difícil demostrar su superioridad frente al placebo.