



Noticias 268

2007

Los enfermos cardíacos piden servicios de rehabilitación en todos los hospitales

En la actualidad sólo está disponible en el Clínico, y además cuenta con una gran lista de espera al tener que atender pacientes de los demás centros

RAFA LÓPEZ/GRANADA

Quienes logran superar un infarto de miocardio -y no todos lo consiguen, pues muchísimos se quedan en el camino al no lograr resistir un terremoto de esta naturaleza- deben realizar la llamada rehabilitación cardíaca. Ésta consta de tres fases, a saber: 1) ejercicios de piernas y brazos en la misma UVI; 2) pruebas de esfuerzo para fortalecer el corazón; y 3) ejercicio moderado de por vida, con atención especial a la actividad de caminar unos 8 kilómetros cada jornada. Está claro que la tercera fase corre por cuenta del paciente una vez que se encuentra en su domicilio, pero las dos primeras deberían estar a cargo de los diferentes hospitales. El problema de Granada es que casi ninguno de sus hospitales cuenta con servicio de rehabilitación de pacientes coronarios.

Así lo expuso el presidente de la Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada, Rafael Córdoba, quien tiene clara su reivindicación: que la totalidad de los centros hospitalarios de la provincia cuente con el citado servicio de rehabilitación, que considera indispensable para una correcta recuperación de los enfermos.

Sólo el Hospital Clínico dispone de este servicio, mientras centros sanitarios potentísimos como el Hospital Virgen de las Nieves, o los de Baza y Motril carecen de él. Lo mismo cabe decir de los centros hospitalarios de alta resolución que están previstos en Guadix y en Loja.

Para más inri, el servicio del Hospital Clínico padece serios problemas de saturación al tener que acoger a una gran cantidad de enfermos y no poder atenderlos por falta de plazas. De hecho, según Rafael Córdoba, dicho servicio sufre una importante lista de espera por esta circunstancia. «Hay muy pocos medios, y el personal, que realiza su labor de forma brillante, no da abasto», dijo.

Buenos medios

Para la tercera de las fases de rehabilitación, la que corre por cuenta del enfermo una vez ha abandonado el hospital, la Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada acaba de abrir una nueva e impresionante sede en el número 18 de la calle Félix Rodríguez de la Fuente. El local, sin duda el mejor de Granada por lo que toca a asociaciones de este tipo, ha sido cedido por el Ayuntamiento y cuenta con 280 metros cuadrados en los que hay una amplia zona de gimnasio con 18 máquinas -como bicicletas o cintas andadoras-, asesoramiento cardiológico altruista facilitado por los doctores José Luis Martí y Juan José Rodríguez, sala de relajación, oficinas y servicios con duchas y vestuarios. Una subvención de la Consejería de Empleo de la Junta ha permitido la contratación de personal administrativo, fisioterapeuta y una trabajadora social.

La sede, según deja claro el presidente de la asociación, no es una clínica de rehabilitación, sino un lugar de encuentro en el que los pacientes pueden realizar la actividad física necesaria para su recuperación.

«Aquí nos podemos juntar para ayudarnos unos a otros en caso de que sea necesario», concluyó Rafael Córdoba, quien añadió que uno de los problemas de los enfermos que han superado un infarto es la relajación en que suelen caer tiempo después del incidente. Esto es, siguen con detalle las instrucciones de los médicos durante una etapa, pero al cabo de determinado tiempo, por múltiples causas, dejan de seguir las directrices, sobre todo las referidas al ejercicio físico. «Reunirnos aquí es una forma de estimular a cada paciente a hacer ejercicio», resumió.

El Gobierno y las CC.AA. definen el baremo estatal del sistema de dependencia

El instrumento de valoración será sometido ahora a informe de los órganos consultivos, y, una vez publicado en el BOE, los ciudadanos podrán solicitar una evaluación en los servicios sociales de su comunidad autónoma para determinar su grado y nivel de dependencia

Redacción, Madrid (24-1-2007).- Gobierno y CC.AA. han dado el visto bueno al baremo estatal mediante el cual serán evaluados los ciudadanos para determinar su grado y nivel de dependencia. El ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Jesús Caldera, ha presidido la reunión constitutiva del Consejo Territorial de la Dependencia, nuevo órgano creado por la Ley de Dependencia y formado por el Gobierno y las Comunidades Autónomas, y que deberá acordar en el plazo máximo de tres meses el desarrollo reglamentario de la norma.

El baremo acordado incluye las especificidades de los diferentes tipos de discapacidad (física, psíquica, mental o intelectual) para valorar la posible dependencia de los ciudadanos. Así, este instrumento de valoración identifica, según ha informado el Gobierno, el nivel y los problemas de desempeño que puedan tener los ciudadanos en su entorno habitual para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como el grado de supervisión y apoyo de otra persona requerido para estas tareas.

El documento técnico valorará una serie de actividades y capacidades para determinar el grado y nivel de dependencia. Así analizará la autonomía de las personas para comer y beber; regular la micción/defecación; lavarse, vestirse y otros cuidados corporales; desarrollar el mantenimiento de la salud; y diferentes actividades como sentarse, tumbarse, ponerse de pie, transferir el propio cuerpo mientras se está sentado y mientras se está acostado; desplazarse dentro y fuera del hogar; y tomar decisiones.

El instrumento de valoración establece una clasificación de niveles de autonomía personal y de necesidad de supervisión y/o apoyo para estas actividades con el objetivo de determinar el grado y nivel de dependencia de los ciudadanos. El ciudadano recibirá una evaluación de hasta 100 puntos que le definirá como persona dependiente en los siguientes grados y niveles: Grado I: 25- 49 puntos (Nivel 1: 25-39 y Nivel 2: 40-49); Grado II: 50-74 puntos (Nivel 1: 50-64 y Nivel 2: 65-74); y Grado III: 75-100 puntos (Nivel 1: 75-89y Nivel 2: 90-100). En la evaluación, se hará especial hincapié en las discapacidades intelectuales y mentales.

El instrumento de valoración definido por el Gobierno y las Comunidades Autónomas será sometido ahora a informe de los órganos consultivos, y, una vez publicado en el BOE, los ciudadanos podrán solicitar una evaluación en los servicios sociales de su Comunidad Autónoma para determinar su grado y nivel de dependencia. Los equipos de valoración podrán realizar esta evaluación en el domicilio del solicitante.

En 2007, serán beneficiarios del Sistema de Dependencia los ciudadanos que se encuentren en una situación de gran dependencia (Grado III).

Menores de tres años

El Consejo Territorial de la Dependencia ha informado también favorablemente el instrumento de valoración específico para los menores de 3 años. En este caso, el baremo comparará el nivel de autonomía de un menor con relación al habitual en otra persona sana de la misma edad.

El instrumento de valoración establece tres grados de dependencia, al igual que lo hace el instrumento general, aunque sin niveles en cada grado, y regula revisiones de oficio a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses los menores serían evaluados con el baremo general.

El baremo específico para menores de 3 años se centra en la evaluación de las variables de desarrollo de los menores, así como de las necesidades de apoyo en salud.

NORMATIVA

24/01/2007

Gonzalo de Santiago

Los protocolos no vinculan siempre al médico, dice un fallo

Un fallo ha argumentado que los protocolos médicos no vinculan al facultativo en todo caso, ya que en ocasiones un supuesto y un paciente concreto pueden justificar otra actuación. Una médica ha sido absuelta de no seguir las pautas de traslado de enfermos psiquiátricos.

"Los protocolos médicos no vinculan al médico en todo caso, ya que un paciente y un supuesto concreto puede justificar una actuación diferente". Con esta argumentación, el Juzgado de lo Penal número 2 de Burgos ha absuelto de un delito de imprudencia grave y de una falta de lesiones por imprudencia leve a una médica de familia de un centro de salud acusada de no revisar a una enferma mental antes de su traslado a otro centro y de permitir que viajara sola en ambulancia.

La sentencia, que recoge las argumentaciones de Alfonso Codón, letrado del Colegio de Médicos de Burgos y que ha sido confirmada por la Audiencia Provincial de esta ciudad, recalca la utilidad de los protocolos para definir la *lex artis*. Sin embargo, cita una sentencia de la Audiencia Provincial de Asturias de 9 de noviembre de 2001 e indica que no señalan "paso a paso y hora a hora cómo debe actuarse, porque de ser así propiciarían una medicina defensiva". Argumenta además que aparecen continuamente nuevas técnicas y medios terapéuticos.

El juzgado ha estudiado el caso de una paciente con una esquizofrenia paranoide de unos 14 años de evolución que se presentó sola en un centro de salud. Solicitó ser atendida por el médico psiquiatra del centro, que no se encontraba en esos momentos allí. La enfermera jefe llamó al domicilio de la afectada para hablar con algún familiar. Sin conseguirlo, telefoneó al mencionado facultativo, que dijo no conocer a la enferma y que hacía años que no la trataba. No obstante, manifestó a la enfermera que podría atenderla en el servicio de urgencias de otro hospital.

La paciente señaló que carecía de dinero para ir en taxi, por lo que la enfermera solicitó una ambulancia. Sin embargo, el impreso del volante de solicitud de traslado necesitaba la autorización de un médico y fue firmado finalmente por la facultativa acusada. En el camino al hospital se abrió la puerta lateral del vehículo y la paciente cayó sobre la calzada, produciéndose diversas lesiones.

Los familiares de la enferma alegaban que se incumplió el protocolo de traslado de enfermos psiquiátricos y que la médica no examinó a la paciente personalmente antes de permitir el traslado.

Motivos sociales

La sentencia argumenta que la decisión de la demandada de poner a disposición de la enferma una ambulancia fue por motivos sociales más que por indicación médica. La Audiencia de Burgos considera que no se puede atribuir a la acusada una omisión de las normas del protocolo, "puesto que se encuentra previsto para los supuestos en los que el paciente rechaza el tratamiento y se hace necesario trasladarlo contra su voluntad", y en el presente caso es la enferma la que pidió el tratamiento y no se opuso a acudir a otro centro en ambulancia. En el caso estudiado no concurre desatención médica, ya que la mujer se encontraba tranquila. Asimismo, el fallo argumenta que la decisión de trasladar a la enferma no partió de la acusada y que ésta se limitó a cumplimentar un trámite administrativo para que se pudiese llevar a cabo lo decidido por el especialista que la iba a examinar en otro centro.

La Audiencia reconoce que la acusada no cumplió algunas normas administrativas al rellenar el parte para autorizar el traslado, "pero no puede calificarse de inobservancia grave de las normas que regulan su actuación de médico, puesto que en dicha actuación no realizó ninguna actividad propia de su profesión y sólo accedió a cumplimentar los trámites necesarios para facilitar el traslado". "La recurrente no era una paciente del centro donde trabajaba la acusada, ni tenía cita concertada".

Doctrina del sometimiento al protocolo

La Administración fue absuelta por la Audiencia Nacional en el caso de un paciente que solicitaba una indemnización por no adoptarse los medios para la detección de un cáncer de mama. Los informes revelaban en este caso que se siguió el protocolo al prescribirse las mamografías. El fallo corroboraba la doctrina de que el sometimiento al protocolo de actuación puede ser un elemento clave en la absolución por daño sanitario.

La Junta de Andalucía regula el sistema de acreditación de competencias de los profesionales en la Sanidad pública que servirá de base a la carrera profesional

Para acceder a este sistema, el profesional deberá estar en activo y acreditar una permanencia de al menos un año ininterrumpida, tras lo cual podrá acceder a tres grados sucesivos de acreditación (avanzado, experto y excelente) que, a su vez, servirán para determinar tanto su posición en uno de los cinco niveles que componen la carrera profesional como la percepción del correspondiente complemento en las retribuciones

Redacción, Sevilla (24-1-2007).- El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía ha dado el visto bueno al decreto por el que se va a regular el sistema de acreditación de competencias de los profesionales sanitarios, "norma con la que la Administración reconocerá de forma expresa la calidad de la actividad asistencial, docente e investigadora de este colectivo", según han comentado fuentes oficiales. El sistema, al que se accederá de forma voluntaria, constituye la base del modelo de carrera profesional de la Sanidad pública.

La acreditación de la competencia profesional se realizará de acuerdo "con lo establecido en manuales donde se recogen las mejores prácticas para cada especialidad y categoría profesional, así como el tipo de evidencias y pruebas que identifican ese buen hacer en el día a día". Actualmente, la Administración sanitaria afirma contar con 59 de estos documentos, "en cuya elaboración han participado más de medio centenar de sociedades científicas y organizaciones profesionales".

Para acceder al sistema de acreditación de competencias, el profesional deberá encontrarse en activo en su puesto de trabajo y haber prestado servicios en el mismo, de manera ininterrumpida, durante al menos un año. Una vez superado el proceso, podrá acceder a tres grados sucesivos de acreditación (avanzado, experto y excelente) que, a su vez, servirán para determinar tanto su posición en uno de los cinco niveles que componen la carrera profesional como la percepción del correspondiente complemento en las retribuciones.

El proceso de acreditación requerirá de una "autoevaluación previa en la que el profesional deberá proporcionar pruebas referentes a su actividad y una certificación de los méritos aportados". La solicitud se dirigirá formalmente a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud, órgano que se encargará de acreditar al profesional. Por su parte, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía asumirá la tutela del proceso de autoevaluación.

La acreditación estará vigente por un periodo de cinco años, que podrá renovarse posteriormente. El profesional deberá permanecer al menos un año en uno de los tres grados que la componen antes de solicitar el acceso al siguiente.

Según se afirma desde la Junta de Andalucía, de acuerdo con el principio de incentivar la mejora continua del desempeño del trabajo, en función de esta acreditación de competencias el trabajador que acceda voluntariamente al sistema podrá ir avanzando en los cinco niveles de carrera profesional. "Estos niveles determinan distintas cuantías adicionales en las retribuciones; unos complementos que, en términos generales, repercutirán en subidas salariales de entre el 10 y el 34 por ciento". De este modo, los licenciados sanitarios especialistas se beneficiarán de un incremento anual de entre 3.000 y 12.000 euros.

POLÍTICA SANITARIA

El baremo es adecuado pero su control plantea dificultades

La primera reunión del Consejo Territorial de la Dependencia ha servido para cumplir la palabra del Gobierno de tener listo el baremo de valoración este mes.

ALAIN OCHOA

24/01/2007

Todavía pendiente de posibles alegaciones de los órganos consultivos y las autonomías, Isidoro Ruipérez, presidente de la [Sociedad Española de Geriátría y Gerontología](#) (SEGG), señaló ayer a Diario Médico que el documento es "acertado, porque es similar al índice Barthel, que es la escala reina para medir la dependencia en todo el mundo". La realización del cuestionario no presenta problemas, a su juicio, porque basta que lo lleve a cabo personal sanitario debidamente entrenado.

En el ámbito negativo, Ruipérez indica que la clave, más que la recogida de datos, será la interpretación de resultados. "Saber a qué se debe determinada pérdida de funcionalidad exige conocimientos específicos para distinguir si el problema es reversible o no".

En su opinión, es una labor que sólo puede desarrollar un médico, "y muchas veces tendrá que ser concretamente un geriatra". En este sentido, ha recordado que sólo está previsto revisar el primer dictamen de dependencia a petición del enfermo -salvo en menores de 3 años-, suponiendo que siempre progresará a más y nunca a menos. "No se prevé una autoridad facultativa que dé el visto bueno a esa valoración antes de que se certifique esa dependencia".

Mercedes Ayuso, profesora de la Universidad de Barcelona y co-autora del estudio de la Fundación BBVA Longevidad y dependencia en España, coincide en que la evaluación que resulte del baremo "debe estar sometida a controles periódicos".

Ambos temen que pueda producirse la inclusión en el sistema de más personas de las que debiera acoger, con el consiguiente aumento de coste. "En otros países hay precedentes de mucho fraude", apunta Ayuso, quien reclama concreción sobre los profesionales encargados de redactar el informe de salud al que alude el baremo.

Para Miguel Ferrer, consejero aragonés de Servicios Sociales y Familia, el principal problema del baremo es la inclusión a última hora de las discapacidades intelectuales en la ley que hace que la parte del baremo dedicada a estos pacientes "no haya sido sometida a ninguna prueba para ver cómo funcionan".

El Ejecutivo central ha desvelado al fin el esperado baremo para medir la dependencia. La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) dice que es adecuado pero que podría certificar como dependientes a demasiadas personas si no se controla bien su interpretación.

Lucha por los votos

El Consejo Territorial se modificó para reducir la presencia del Gobierno central. Ahora tiene 17 asientos para las comunidades, 11 para el Estado, 2 para Ceuta y Melilla y 2 para la Federación Española de Municipios y Provincias. Aun así, los consejeros del PP se quejaron, pidieron más escaños y hablaron incluso de posibles recursos judiciales. Miguel Ferrer, consejero aragonés de Servicios Sociales, matizó ayer que las regiones no sólo tienen más de la mitad de las plazas, sino que "cada decisión requiere una votación favorable de la mayoría de ellas". Aunque admite que "se podía haber negociado más" la composición, recuerda que ese doble filtro "ha sido suficiente para regiones muy celosas de su terreno como Cataluña y País Vasco".

REVISIÓN DE ESTUDIOS

Precaución con las técnicas de manipulación de la espalda en niños

Actualizado viernes 26/01/2007 12:52 (CET)

ISABEL ESPIÑO (elmundo.es)

MADRID.- Ni masajes, ni quiropráctica, ni fisioterapia... Por ahora, ninguna de las técnicas de manipulación espinal se ha estudiado adecuadamente en niños, según una revisión publicada en la revista 'Pediatrics'. Además, algunos artículos científicos han recogido varios casos de problemas, incluso graves, relacionados con estas técnicas, así que los autores del trabajo piden precaución.

"Los médicos deberían preguntar a padres y niños si emplean de terapias complementarias y **advertir a las familias** de que, **aunque los efectos adversos pueden ser raros**, el empleo de la manipulación espinal en niños puede estar relacionada con una serie de efectos secundarios o con el retraso en el tratamiento adecuado", advierten Sunita Vohra y su equipo, miembros del Programa de Investigación y Educación en Medicina Complementaria y Alternativa del departamento de Pediatría de la Universidad de Alberta (Canadá).

La llamada 'manipulación espinal' no son más que los procedimientos manuales que se aplican sobre los tejidos y estructuras de la espalda. Quiropráctica, masajes, fisioterapia... Los pediatras canadienses decidieron indagar en la seguridad de estas técnicas porque, aunque no hay muchos datos sobre ellas, **se emplean con bastante frecuencia en niños**, tanto en problemas musculoesqueléticos, como para otras dolencias, desde las otitis medias, hasta el asma o la hiperactividad.

Los autores **sólo encontraron dos ensayos clínicos** que estudiaban estas técnicas (evaluaban la eficacia de la quiropráctica en las pérdidas de orina nocturnas y en la otitis media). En ambos trabajos (que sumaban unos 190 participantes entre ambos), las técnicas se mostraron **bastante seguras**: sólo se registraron cuatro efectos adversos calificados de menores, como cefaleas o dolor muscular tras las sesiones.

Sin embargo, los autores han identificado también una serie de casos publicados en revistas científicas sobre problemas con estas terapias. "Aunque son útiles para demostrar el tipo y naturaleza de los efectos adversos, estos informes no proporcionan información sobre la incidencia de efectos adversos, debido a la falta

de datos sobre el número total de manipulaciones proporcionadas", reza el trabajo de 'Pediatrics'.

Extraordinariamente raros

En concreto, han visto 14 casos aislados de efectos secundarios graves (nueve de los cuales acabaron en hospitalizaciones, incapacidad permanente e incluso fallecimiento del pequeño) relacionados con la terapia, como hemorragia subaracnoidea, paraplejia o dislocación del atlas (la primera vértebra cervical).

Los autores creen que "**es poco probable que** más de uno o tres informes de efectos adversos raros o poco comunes **sea una coincidencia". No obstante,** reconocen que, "teniendo en cuenta el gran número de niños que han recibido manipulación espinal durante las décadas evaluadas por nuestra búsqueda, los efectos secundarios de la manipulación de columna **son o extraordinariamente raros o subestimados** [se informa de ellos con menor frecuencia de la que se producen]".

En especial, parece que el riesgo se concentra en los niños menores de 13 años, en los que la columna está inmadura. También tienen más complicaciones la manipulación del cuello y las manipulaciones a gran velocidad.

Asimismo, los autores advierten de que el tratamiento complementario puede entorpecer el diagnóstico de problemas graves de salud, como una meningitis. En la revisión se han encontrado con otra veintena de casos de retrasos terapéuticos por culpa del tratamiento o de un inadecuado tratamiento quiropráctico.

Soluciones

Ante la escasez de datos, los autores instan a que se desarrolle "**un sistema activo de vigilancia** para recopilar datos sobre la cantidad y calidad de los efectos adversos, de modo que puedan hacerse cálculos del riesgo con mayor precisión".

Asimismo, estos especialistas hacen una serie de consideraciones para mejorar el problema. Para Vohra y su equipo, es probable que la causa de estas complicaciones sea **la escasez de formación de los terapeutas de medicinas complementarias en el tratamiento de niños**. Por ello, instan a que se mejore la formación en este sentido y a que se estreche la colaboración entre pediatras y los terapeutas que manipulan la columna.

"Pese a algunas advertencias, muchos niños continúan visitando quiroprácticos y muchos quiroprácticos siguen tratando niños. Creemos que una colaboración de esta naturaleza resultaría en una mejor seguridad para el paciente", concluyen.

PROFESIÓN

El Servicio Andaluz de Salud regula el sistema de acreditación de competencias profesionales sanitarias

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía ha aprobado el decreto regulador del sistema de acreditación de competencias de los profesionales sanitarios, una norma con la que la Administración reconocerá la calidad de la actividad asistencial, docente e investigadora de este colectivo.

REDACCIÓN

26/01/2007

Este sistema, al que se accede de forma voluntaria, es la base del modelo de carrera profesional que la Junta está implantando para el personal del [Servicio Andaluz de Salud \(SAS\)](#). La acreditación se realizará siguiendo lo establecido en los manuales que recogen las mejores prácticas para cada especialidad y categoría profesional, así como cuáles son las evidencias y pruebas que identifican el buen hacer en el día a día.

Actualmente la Administración cuenta con 59 de estos documentos, en cuya elaboración han participado más de medio centenar de sociedades científicas y organizaciones profesionales.

Tres grados

Para acceder a este sistema, el profesional deberá estar en activo y haber prestado servicios ininterrumpidamente al menos durante un año. Una vez superado el proceso, podrá acceder a tres grados sucesivos de acreditación (avanzado, experto y excelente) que, a su vez, determinan su encuadre en uno de los cinco niveles de la carrera, y percibir el complemento correspondiente en sus retribuciones.

La acreditación estará vigente por cinco años, y posteriormente podrá renovarse. El nuevo decreto también obliga a permanecer al menos un año en uno de los tres grados de acreditación antes de solicitar el acceso al siguiente. La carrera andaluza, que firmaron los sindicatos Cemsatse, UGT, CCOO y CSI-CSIF y la Consejería de Sanidad de Andalucía en mayo de 2006, incluye cinco niveles, uno inicial sin retribuir. El segundo nivel alcanza los 3.000 euros; el tercero, 6.000 euros; el cuarto, 9.000, y el quinto, 12.000 euros.

Noticias

Urólogos y médicos de AP se unen para crear un programa que soluciona los problemas urológicos más prevalentes

Se trata de un programa de formación actualizada para los médicos de cabecera y promovido por sociedades de Primaria y Urología.

Madrid, 27 enero 2006 (mpg/AZprensa.com)

Las tres sociedades científicas españolas de Atención Primaria (AP) –Semergen, semFYC y SEMG- se han unido a la Asociación Española de Urología para desarrollar un programa que ayudará a solucionar los problemas urológicos más prevalentes en AP.

ACTUR (Programa de Actualización Práctica en Patología Urológica en Atención Primaria) es el nombre de este programa que tiene por objetivo facilitar al médico de familia una actividad formativa sobre los problemas clínicos urológicos más prevalentes en Atención Primaria, así como proporcionar a éstos una actualización en el manejo de los mismos, aprendiendo a realizar un diagnóstico diferencial de los síntomas urológicos e incorporando un análisis de los avances diagnósticos y terapéuticos más recientes.

Los temas recogidos en el programa y que se abordarán en las diferentes reuniones previstas por diferentes localidades de la geografía española durante 2007, serán la incontinencia urinaria, la patología prostática, el manejo de la hematuria, la patología escrotal, la disfunción eréctil, la litiasis renal y las infecciones urinarias.

Jesús Castiñeiras, presidente de la Asociación Española de Urología, aseguró que la colaboración conjunta en el área sanitaria entre la Atención Primaria y la Atención Especializada "es fundamental". Sin embargo, le preocupa "la falta de coordinación entre ambas partes, concretamente en el área de la urología, que se traduce en una deficiente continuidad entre ambos niveles".

Además, informó de que ACTUR es un proyecto "de carácter didáctico, práctico e interactivo, dirigido a la formación continuada en el área de Urología de los médicos de Atención Primaria, a fin de ofrecerles una actualización del manejo de aquellas patologías urológicas que puedan abordarse desde la atención primaria, sin necesidad de ser evaluadas desde la urología especializada".

Medicina deportiva

Unos 400 especialistas en Medicina del Deporte asistirán al XII Congreso Femede en Sevilla

Este evento, que se celebrará del 24 al 27 de octubre, está organizado por la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte

Medicina deportiva A24H. - Más de 400 profesionales asistirán al XII Congreso de la Federación Española de Medicina del Deporte, Femede 2007, que se celebrará en Sevilla del 24 al 27 de octubre y que organiza la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, a través del Centro Andaluz de Medicina del Deporte.

El evento, que se desarrollará por primera vez en Andalucía, constituirá un punto de encuentro entre especialistas en disciplinas relacionadas con la salud y el deporte, como la Biología Molecular y Genética, Dopaje, Cardiología del Deporte, Nuevas Tecnologías, Biomecánica y Fuerza, Traumatología, Fisiología, Técnicas de Diagnóstico por Imagen, Nutrición, Salud y Actividad Física, Historia de la Medicina del Deporte, Discapacidad y Protección del Deportista.

Así, entre los ponentes que participarán en esta cita, se encuentran: el director del Laboratorio de Control de Dopaje de Lausana y miembro de la Comisión Antidopaje de la UEFA, Martial Saugy; la directora del Laboratorio de Control de Dopaje de Montreal y miembro de la Comisión Médica de la IAAF, Christiane Ayotte; y los especialistas españoles Pedro Guillén y Ramón Cugat.

Según explicó hoy el secretario general para el Deporte, Manuel Jiménez Barrios, el congreso se inaugurará en un acto en los Reales Alcázares y tendrá como sede oficial el Centro de Convenciones del Hotel Barceló. La jornada de clausura se celebrará en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba.

Actividades científicas

En esta edición, el Congreso de Femede coincidirá con el V Congreso Iberoamericano de Medicina del Deporte. Paralelamente, se celebrará el Simposium Conmemorativo del Centenario del Real Betis Balompié, que constará de charlas magistrales sobre traumatología lesional y reunirá a profesionales sanitarios, directivos y jugadores de clubes de fútbol de Primera y Segunda División.

También en el marco de Femede 2007, se desarrollarán las IX Jornadas de Salud del Centro de Estudios, Desarrollo e Investigación del Fútbol Andaluz (CEDIFA), dedicadas a la recuperación funcional y fisioterapia en el mundo del fútbol.

Desde su fundación en 1985, la Federación Española de Medicina del Deporte (Femede) celebra cada dos años esta convención en diferentes ciudades de España. Esta entidad, que aglutina a asociaciones de Medicina del Deporte de las diferentes comunidades españolas, participa en la Asamblea del Comité Olímpico Español y en el Pleno de la Comisión Antidopaje del Consejo Superior de Deportes.

Más de un centenar de profesionales sanitarios andaluces se dan cita en el Hospital Carlos Haya con motivo del I Encuentro de Fisioterapia



Los fisioterapeutas debaten sobre los avances en igualdad, mérito y capacidad en su profesión

El colectivo de fisioterapeutas del Hospital Carlos Haya de Málaga, junto con la Dirección de Enfermería del complejo hospitalario y en colaboración con la Sección Sindical de CC.OO. del centro sanitario han celebrado hoy el I Encuentro de Fisioterapia, al que han asistido más de un centenar de profesionales andaluces para debatir sobre los avances en igualdad, mérito y capacidad en la profesión.

Representantes de la Delegación de Salud de Málaga, el Colegio de Fisioterapia de Andalucía, la Universidad malagueña, además de otros centros sanitarios han participado en una mesa redonda en la que se han debatido temas relacionados con la actual Ley de Dependencia, competencias profesionales en procesos asistenciales o guías de actuación, entre otras cuestiones.

Los fisioterapeutas han analizado sus nuevos roles en una sociedad que demanda cada día más cuidados derivados de los problemas de movilidad, además de la educación sociosanitaria necesaria para solventarlos. Las nuevas patologías emergentes e invalidantes o la cronicidad de enfermedades, además del aumento de la esperanza de vida que conlleva el crecimiento de una población más dependiente, implica la puesta al día continua por parte de los fisioterapeutas.

El complejo hospitalario Carlos Haya cuenta en la actualidad con 37 fisioterapeutas.

En adultos de edad avanzada el ejercicio es mejor que la dieta a la hora de reducir peso

Una nueva investigación sugiere que para los adultos mayores que quieren bajar de peso, el ejercicio podría ser incluso más importante que reducir las calorías

Redacción, Madrid (28-01-2007).- Investigadores americanos han realizado un estudio con 34 adultos de entre 50 y 70 años, hallando que tanto quienes hacían dieta como quienes practicaban ejercicio reducían su peso. Pero los que realizaban actividad física perdían peso y mantenían la masa muscular, la fuerza y la aptitud física, mientras que en los que hacían sólo dieta disminuían todos esos parámetros.

Los resultados, publicados en la edición electrónica del *Journal of Applied Physiology*, sugieren que el ejercicio resultó más beneficioso que hacer sólo dieta.

"La pérdida de peso inducida por el ejercicio ofrece el beneficio adicional de mejorar el rendimiento físico", declara el autor principal del estudio, el Dr. Edward Weiss, de la Washington University School of Medicine en Saint Louis.

La masa muscular y la aptitud cardiovascular disminuyen de manera natural con la edad, por lo que es especialmente importante que los adultos mayores traten de preservar los niveles de fuerza y aptitud física a medida que bajan de peso. Para Weiss, "si alguien quiere saber si debería hacer dieta o ejercicio para bajar de peso, la sugerencia es hacer ejercicio, si desea aprovechar el tiempo y el esfuerzo extra y no acumular kilos al comer más". Los resultados del estudio surgen de seguimiento de un año a adultos mayores sanos, que realizaron, al azar, ejercicio o dieta para perder peso.

Los participantes que se sometieron a dieta tuvieron reuniones semanales con un nutricionista para hablar sobre cómo modificar los hábitos alimentarios, mientras que los que hicieron ejercicio acudían a un entrenador todas las semanas. La pérdida de peso promedio en cada grupo fue casi idéntica (unos 7,70 kilos en un año). Pero mientras que los que hicieron dieta perdieron masa muscular, fuerza y resistencia, los que hicieron ejercicio las preservaron. La diferencia, sostuvo Weiss, no es sólo cuestión del tipo de ejercicios.

A medida que las personas pierden peso, hasta los movimientos de las actividades diarias desafían a los músculos, lo que disminuye el tamaño y la resistencia muscular. Sin embargo, nada de eso significa que la dieta y la nutrición no son importantes, subrayaron los autores. La forma en que comemos es vital para la salud general y es clave para bajar de peso, incluso para las personas que hacen ejercicio, opinó Weiss.