



Noticias 266

2007

Disminuyen las tasas de parálisis cerebral entre los recién nacidos en la Unión Europea

Un trabajo publicado en "The Lancet" comprueba que la mayor supervivencia de los niños nacidos con muy bajo peso no ha comportado un mayor número de casos de parálisis cerebral

Jano On-line

08/01/2007 11:00

Entre 1980 y 1996, la tasa de parálisis cerebral entre los recién nacidos con muy bajo peso en 16 centros de la Unión Europea ha disminuido pasando de 60 casos por cada 1.000 nacimientos a 40 por 1.000.

Así lo muestra un estudio publicado en "The Lancet", firmado por investigadores británicos de la Universidad de Liverpool, quienes comentan que como resultado en las mejoras de los cuidados neonatales, la supervivencia de los niños nacidos con menos de 1.500 gramos de peso han aumentado considerablemente. Sin embargo, no se había investigado si esas mejoras llevaban asociada una disminución o a un aumento de los casos de parálisis cerebral.

Los resultados de este estudio muestran que la reducción de la tasa de casos observada se debe principalmente a una disminución de los casos de recién nacidos con peso entre 1.000 y 1.500 gramos. Entre los nacidos con menos de 1.000 gramos, la tasa se ha mantenido estable.

Los datos analizados corresponden a 1.575 niños nacidos con parálisis cerebral entre 1980n y 1996. De ellos, 414 habían nacido con menos de 1.000 gramos de peso y 317 en partos múltiples.

Otros datos interesantes indican que la parálisis cerebral es más frecuente en varones, pero que la diferencia por género sólo se aprecia en niños nacidos con peso entre 1.000 y 1.499 gramos, y no entre los de menor peso.

Un estudio valenciano muestra que las tasas de esclerosis múltiple aumentan en todo el mundo

Jano On-line y agencias

08/01/2007 12:12

El Laboratorio de Esclerosis Múltiple del Centro de Investigación Príncipe Felipe, dependiente de la Consejería de Sanidad valenciana, ha realizado un estudio para investigar las causas que provocan la esclerosis múltiple, y ha demostrado un aumento generalizado en las últimas décadas de los casos de esta enfermedad en todo el mundo.

A pesar de que la esclerosis múltiple fue descrita hace más de un siglo, las causas que la provocan son todavía desconocidas. La opinión más generalizada considera que se manifiesta en personas genéticamente susceptibles, bajo la influencia de factores ambientales externos desconocidos.

En los últimos años, diversos estudios epidemiológicos de base poblacional han constatado un aumento de la incidencia y prevalencia de la esclerosis múltiple en distintas áreas geográficas. No obstante, "todavía no se había realizado un estudio global que analizara si el incremento de los casos registrados se limitaba a determinadas áreas sometidas a mayor riesgo, o si el aumento era generalizado en todo el mundo", destacaron.

El consejero valenciano de Sanidad, Rafael Blasco, explicó que "la sanidad valenciana ha realizado la primera investigación que se ha efectuado en todo el mundo con el objetivo de analizar la incidencia y prevalencia de la esclerosis múltiple de una manera global". Asimismo, señaló que la investigación realizada comprende el análisis comparativo de más de 3.000 informes que procedían de los estudios epidemiológicos realizados en 44 países".

El estudio confirma el aumento generalizado de la prevalencia e incidencia de los casos de la esclerosis múltiple en la mayoría de las zonas que han sido analizadas, y estima que el número de afectados por esclerosis múltiple en España puede superar los 400.000 en el año 2010. En la actualidad, la tasa de prevalencia de la enfermedad es de unos 60 casos por cada 100.000 habitantes en España y constituye la causa más frecuente de discapacidad y una de las primeras causas de muerte.

La Sociedad Española de Traumatología Laboral advierte del "altísimo coste social" que supone el latigazo cervical

Los accidentes de tráfico son la causa principal de esta lesión que, según los especialistas, resulta "difícil e incómoda de afrontar"

E.P., Navarra, (9-01-07).- El latigazo cervical es para la Sociedad Española de Traumatología Laboral (SETLA) una cuestión "difícil e incómoda de afrontar y que supone un altísimo coste social en general y en especial en el mundo laboral". Así lo destacó el presidente del comité organizador del último congreso de la Sociedad, Carlos Villas Tomé, especialista del Departamento de Traumatología de la Clínica Universitaria de Navarra.

El latigazo cervical supone "más que una patología, un mecanismo lesional en el que, presuntamente, se producen unas afecciones musculoligamentosas sin lesión ósea visible", advierte el doctor Matías Alfonso, especialista del departamento de Traumatología de la Clínica Universitaria de Navarra.

Entre las principales causas que desencadenan el latigazo cervical figuran los accidentes de tráfico, "sobre todo cuando el golpe del otro vehículo se recibe por detrás, produciéndose un mecanismo de hiperextensión del cuello".

El tratamiento habitual que se aplica para el latigazo cervical consiste en medicación analgésico-antiinflamatoria, rehabilitación con masajes, medidas físicas decontracturantes y, una vez pasada la fase aguda, la práctica de ejercicios de musculación de cuello.

El hombro doloroso y las lesiones tendinosas son otras de las patologías analizadas por la SETLA en términos legales y laborales. En el caso de los hombros dolorosos se trata de una patología de tipo tendinoso. Los tratamientos para atajar esta dolencia se centran en la rehabilitación, aunque en casos más graves se acude a la cirugía.

Las lesiones tendinosas de la mano en el ámbito laboral se caracterizan fundamentalmente por cortes y por lesiones de los tendones extensores, que habitualmente presentan mejor pronóstico que las de los flexores.

En este tipo de lesiones el tratamiento suele ser quirúrgico apoyado, posteriormente, en un proceso de rehabilitación intensa a la vez que muy controlada.

El Ministerio de Sanidad y la OMC ultiman la firma de un Convenio Marco que establece estrategias de actuación conjunta en asuntos que competen directamente a la profesión

El acuerdo está planteado para "trabajar mano a mano ambas instituciones en temas de peso como la receta, la trazabilidad, el registro de profesionales y el baremo de daños sanitarios, entre otros, y su vigencia, prevista, en principio, hasta la conclusión de la presente legislatura", según ha explicado a EL MEDICO INTERACTIVO el vicepresidente Aguirre

S.P. (9-1-07), Madrid.-El Ministerio de Sanidad y la Organización Médica Colegial ultiman la firma de un Convenio Marco que sentará las bases de una mutua colaboración entre ambas instituciones enfocada al establecimiento de unas líneas estratégicas conjuntas sobre diversos asuntos que competen directamente a los Colegios de Médicos. Convenio que está previsto, en principio, se extienda hasta el final de la presente legislatura, tal como ha avanzado a EL MEDICO INTERACTIVO el vicepresidente de la OMC, el doctor Jesús Aguirre.

Dicho acuerdo que, tal como ha precisado el propio Aguirre, no surge de ningún tipo de presión ejercida desde su organización una vez que se firmará un convenio marco de similares características con el colectivo de farmacéuticos el pasado mes de octubre, sino que "ya estaba hablado en una reunión previa celebrada entre el subsecretario de Sanidad, el secretario general y la directora general de farmacia con el presidente Sigüero". "Emana del propio mandato constitucional -añade Aguirre-, según el cual los Colegios profesionales han de servir de apoyo, en este caso a la Administración sanitaria, que es la que les compete a las entidades médicas".

"Nos hemos dado cuenta de la importancia de tener una herramienta como ésta que empuje al Consejo a cumplir sus labores como corporación de derecho público y a trabajar mano a mano con la Administración en beneficio tanto de los profesionales como de los ciudadanos", ha señalado el vicepresidente de la OMC.

El acuerdo, cuya firma podría celebrarse en el transcurso de este mes una vez cuadren las agendas de la ministra Salgado y de Sigüero, plantea el trabajo conjunto en temas de gran calado como el de la receta, trazabilidad, registro de profesionales y baremo sanitario, entre otros. Como explica el vicepresidente de la OMC, "el borrador, en estos momentos, está en el Ministerio, recibiendo el visto bueno de distintos departamentos, tras lo cual se nos remitirá para su aprobación por la Junta Permanente".

Lo que sería deseable, finalmente, para el vicepresidente de la OMC es que las líneas de trabajo que se establezcan entre la Administración central y la Organización Médica Colegial "también se compartieran entre las Consejerías de Sanidad y los Consejos autonómicos de Colegios de Médicos", aunque si bien reconoce "en algunas CC.AA. ya se trabaja conjuntamente con los Colegios Profesionales".



El Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía convoca la IV Edición de los premios Medios de Comunicación y Fisioterapia

(10/1/2007 13:18) | Almería > Andalucía

SEVILLA.- Con la intención de fomentar un mayor conocimiento social de la Fisioterapia, el Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía ha convocado la cuarta edición del premio "Medios de Comunicación y Fisioterapia", un galardón que premiará a los mejores artículos y programas que tengan como eje a la Fisioterapia en prensa, radio y televisión y que hayan sido publicados o emitidos en lengua española del 1 de enero de 2006 al 15 de mayo de 2007.

Según el presidente del Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía, Miguel Villafaina, esta iniciativa tiene como objetivo final "dar a conocer la Fisioterapia en nuestra sociedad y acercarla al ciudadano".

Todas aquellas personas que deseen presentar algún trabajo podrán hacerlo aun sin ser los autores, precisando en todo momento del consentimiento del autor/es de la información. En el supuesto de que dicho trabajo resultase galardonado, el premio recaería en cualquier circunstancia en el autor.

La dotación económica de los premios asciende a 2.400 euros, que serán distribuidos de la siguiente forma:

- Premio Fisioterapia en modalidad prensa escrita 600 euros
- Premio Fisioterapia en modalidad radio 600 euros
- Premio Fisioterapia en modalidad TV 600 euros
- Premio Fisioterapia en modalidad Fotografía 600 euros

Para establecer el resultado, el Colegio designará un jurado formado por profesionales de los medios de comunicación y fisioterapeutas de elevado prestigio, que emitirán su fallo en la 1ª quincena de junio de 2007. Finalmente, los premios se entregarán en el transcurso de los actos del Día Mundial de la Fisioterapia, que se celebrarán en Córdoba en el mes de septiembre.

Los interesados pueden presentar sus candidaturas antes del 15 de mayo en el Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía (C/ Conde de Cifuentes, 6. 41004 Sevilla).

Bases completas del concurso en www.colfisio.org/php o solicitándolas al correo electrónico prensa_colfisio@arrais.es

- [ELPAIS.com](#) >
- [España](#) >
- [Cataluña](#)

El Instituto Catalán de la Salud se convertirá en una empresa pública y podrá endeudarse

Los sindicatos creen que los futuros contratados tendrán peores condiciones laborales

DAVID CASALS - Barcelona - 10/01/2007

El Gobierno catalán aprobó ayer el anteproyecto de la ley que reformará el Instituto Catalán de la Salud (ICS), el organismo que gestiona ocho grandes hospitales y el 80% de los ambulatorios públicos. El propósito del Gobierno autónomo es convertir el ICS en empresa pública, algo que, entre otras cosas, le abrirá la posibilidad de endeudarse. Las centrales sindicales se mostraron muy críticas con esta reforma, ya que opinan que impedirá que se creen nuevas plazas de funcionarios, algo que desmintió la consejera de Salud, la socialista Marina Geli.

La futura ley abrirá la posibilidad de que, en un futuro, el Instituto Catalán de la Salud deje de convocar plazas de funcionarios; o lo que es lo mismo: que el futuro personal que se contratase no tenga asegurado el puesto de trabajo de por vida. El propio gerente del ICS, Francesc José María, reconoció ayer que el texto que ha presentado el Gobierno autónomo admite esta posibilidad. Eso sí, precisó que este propósito no forma parte de la agenda del tripartito y no se aplicará.

Los sindicatos, en cambio, mostraron ayer su inquietud ante el anteproyecto gubernamental. "Hay que modernizar el ICS, pero para ello no hace falta modificar la ley", indicó Luisa Montes, de Comisiones Obreras (CC OO). Rafael Miret, de UGT, expresó su temor ante el hecho de que el ICS deje de convocar oposiciones, ya que aseguró que este método "da seguridad al trabajador y al sistema". Miret añadió que, a día de hoy, el ICS "abusa de los contratos temporales, las sustituciones y los interinajes. ¿Qué pasará cuando entre en vigor la nueva ley?". Este temor también lo expresaron ayer las centrales sindicales corporativas. Desde Metges de Catalunya, Patricio Martínez aseguró que "el ICS se convertirá en una empresa pública gestionada como si fuera privada".

Tanto Geli como José María recordaron ayer que la Generalitat no tiene la intención de dejar de convocar oposiciones. "No se quieren cambiar las fórmulas de contratación", indicó José María.

El ICS es el heredero del antiguo Instituto Nacional de Previsión, y gestiona los centros sanitarios de titularidad autonómica que fueron transferidos hace dos décadas por la Administración central. Lo forman ocho grandes hospitales -entre ellos, Vall d'Hebron, Can Ruti y Bellvitge- y 450 ambulatorios.

Con la conversión del ICS en empresa pública, pasará a ser gestionado por un consejo de administración, con representantes de diferentes departamentos y de sus más de 40.000 trabajadores. El proyecto también dará más autonomía a cada centro y simplificará su organización interna.

La reforma del ICS se inició en la anterior legislatura, pero con la salida de ERC del Gobierno y el adelanto electoral, se quedó en el tintero. Geli lamentó ayer que la modernización de este órgano no la hubiera emprendido Convergència i Unió durante los 23 años que gobernó la Generalitat.

La consejera también avanzó que en las próximas semanas se aprobará el decreto que regulará las terapias naturales, una de las apuestas que también inició en la anterior legislatura pero que recibió fuertes críticas de algunos colegios profesionales. Geli también se refirió ayer a la mujer de 67 años que, tras someterse a una inseminación artificial en Estados Unidos, dio a luz a gemelos en el Hospital de Sant Pau de Barcelona hace dos semanas. La Generalitat descarta prohibir el acceso a los tratamientos de fertilidad tras la menopausia, aseguró Geli, y añadió que existe un acuerdo con los profesionales del sector para evitar estas prácticas en edades avanzadas.

Ictus e incontinencia urinaria

Jano On-line

12/01/2007 08:30

Después de un ictus, las personas tendrían menos conciencia de las urgencias de la vejiga, lo que conduce a incontinencia urinaria y está relacionado con una mala evolución del accidente cerebrovascular, según un estudio que publica la revista "Journal of the American Geriatrics Society".

En un estudio con 315 pacientes con ictus, los investigadores Pettersen y Wyller, de la Universidad Oslo, en Noruega, y un colega descubrieron que 65 habían desarrollado incontinencia urinaria después del ataque. De ellos, 27 tenían los signos y síntomas clásicos del trastorno por urgencia. Dieciséis pacientes con incontinencia no tenían sensaciones de urgencia y a menudo no sentían que la vejiga estaba llena hasta perder orina, indican los resultados del estudio.

Los 22 pacientes restantes eran no eran conscientes y negaban tener esas pérdidas a pesar de los distintos intentos de las enfermeras de recordárselos. Este último grupo tuvo el riesgo más alto de malos resultados a los tres meses del ACV, según destacan los autores.

"La incontinencia urinaria con falta de conciencia después de un ACV es quizás un indicador de daño cerebral considerable", sugirieron los investigadores.

La semFYC hace un llamamiento a las Administraciones para que se impulse la investigación en A.P. sobre aspectos preventivos como la actividad física

Sólo un 12 por ciento de la población española practica ejercicio físico de forma adecuada y continuada, según un estudio presentado por esta Sociedad Científica

Redacción, Madrid (12-1-01).-La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha hecho un llamamiento a las Administraciones central y autonómicas para que contemplen el impulso de estudios de investigación en Atención Primaria en aspectos preventivos como la actividad física. Así lo ha manifestado su presidente, el doctor Luis Aguilera, durante la presentación a la prensa del primer manual sobre "Prescripción de Ejercicio en el tratamiento de enfermedades crónicas", con el que se pretende fomentar entre los profesionales la prescripción de programas de ejercicio físico como forma de prevenir, tratar y rehabilitar enfermedades.

En este sentido, el doctor Aguilera recordó que en los últimos años se ha desarrollado una de las redes de investigación en A.P., centrada en la promoción de la actividad física, aunque, "insuficiente", en su opinión, por lo que animó a que tanto desde el Instituto Carlos III como desde las CC.AA. a que "se promuevan más estudios de investigación en Atención Primaria".

La doctora Montserrat Romaguera, miembro del Grupo de Trabajo de Actividad Física (GAFS) de la semFYC, y una de las autoras de la referida obra destacó, por su parte, el incremento que se ha experimentado entre los profesionales en su implicación a la hora de fomentar la actividad física entre la población, no en vano como expuso "en los últimos 10 años se ha observado un incremento del registro de dicha actividad en las historias clínicas, de tal forma que disponemos de cerca de un 45 por ciento de historias clínicas en A.P. de todo el Estado en las que hay constancia de que el facultativo ha interrogado al paciente sobre el hábito y le ha ofrecido consejo".

No obstante, como reconoció esta experta, "la cifra en cuestión sigue siendo baja, si se compara con el registro de otras variables como la hipertensión, el colesterol o el tabaco que están incluidas en el 90 por ciento de las historias clínicas, por lo que la obra que hemos presentado puede contribuir a mejorar la situación", en su opinión.

Y es que como destacó el doctor Ricardo Ortega, coordinador del GAFS, "la guía sobre Prescripción de ejercicio en el tratamiento de enfermedades crónicas viene a cubrir un vacío, ya que la mayoría de los tratados detallan exhaustivamente la administración de fármacos y otras medidas, pero apenas suelen dedicar recomendaciones sobre ejercicio físico".

Este experto considera la inactividad física el factor de riesgo que, actualmente, más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades. Así, según datos de la Encuesta Nacional de Salud, el 7 por ciento de las muertes registradas en 2003 se debieron a este problema.

Sin embargo, un reciente estudio sobre promoción del ejercicio físico que también ha sido presentado junto al manual en cuestión y del que también es responsable la doctora Romaguera, pone de manifiesto que sólo un 12 por ciento de la población practica ejercicio físico de forma adecuada y continuada.

Los jóvenes, los más inactivos

Los resultados del mismo, con datos correspondientes a 68.055 pacientes, indican, asimismo, que las mujeres son más sedentarias que los varones y que los mayores de 74 años (27, 2 por ciento) son los más activos, seguidos por el grupo de edad de entre 65 y 74 años (26, 7 por ciento). El estudio también pone de manifiesto que los jóvenes representan la franja de edad con menos actividad física.

Tal es así, que la doctora Romaguera ha insistido en la necesidad de potenciar programas con niños, con adolescentes y también en la Universidad, "donde sigue existiendo un gran vacío en cuanto a la promoción de estas actividades".

El doctor Aguilera ha concluido demandando una mayor implicación a nivel político para paliar este tipo de situaciones "desde las estructuras institucionales más cercanas al individuo, como son los ayuntamientos. De poco sirve los empeños que puedan establecerse desde las Consejerías de Salud, sin la contribución de dichas estructuras locales".

Política municipal

López Gil (PSOE) insta al Gobierno local a ceder formalmente a la Junta los terrenos para el nuevo centro de salud de Camposoto

El candidato del PSOE a la Alcaldía de San Fernando, Fernando López Gil ha instado al alcalde isleño a ceder de forma urgente los terrenos, ubicados en la calle Granainas, que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) necesita para que comience la construcción del nuevo Centro de Salud de Camposoto. Por cuestiones que no han trascendido, según los socialistas, el Ayuntamiento aún no ha procedido a la cesión formal de la parcela, ya acordada por ambas partes, que acogerá el cuarto centro de salud de la localidad. Su construcción es una reivindicación histórica del Ayuntamiento "que es, curiosamente, quien ahora tiene paralizada su ejecución por un mero trámite puesto que los terrenos a ceder cuentan con el visto bueno de las dos administraciones", insiste el PSOE local

REDACCIÓN. 12-01-2007

El candidato del PSOE a la Alcaldía de San Fernando, Fernando López Gil ha instado al alcalde isleño a ceder de forma urgente los terrenos que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) necesita para que comience la construcción del nuevo Centro de Salud de Camposoto. Por cuestiones que no han trascendido, según los socialistas, el Ayuntamiento aún no ha procedido a la cesión formal de la parcela, ya acordada por ambas partes, que acogerá el cuarto centro de salud de la localidad. "Es más –señala López Gil- el Delegado provincial de Salud, Hipólito García, apremió a De Bernardo a comienzos del pasado mes de octubre a ceder formalmente a la Junta de Andalucía los suelos para este nuevo equipamiento a fin de evitar futuras demoras en la tramitación".



De este modo, el alcaldable socialista recrimina al Gobierno municipal el retraso que continúa imponiendo a la construcción del nuevo centro de salud en Camposoto. El edil basa su crítica en que, pese a los continuados requerimientos del SAS, el ejecutivo local sigue sin llevar a pleno la cesión formal de los terrenos ubicados en la calle Granainas.

No es la primera vez que López Gil se interesa por este asunto. Ya el pasado mes de noviembre intentó agilizar todo el proceso tras conocer que el propio Delegado provincial de Salud instó por escrito a Manuel de Bernardo a dotar de mayor celeridad a todo el procedimiento burocrático municipal que está enmarañando este asunto.

En aquel momento, recuerdan fuentes del PSOE en una nota remitida a DIARIO Bahía de Cádiz, el PA aprovechó la coyuntura para arremeter nuevamente contra los socialistas exponiendo lo enrevesado de una medida que a priori sólo requería la agrupación de varias fincas hasta completar los 2.000 metros cuadrados prometidos por el Ayuntamiento a la Junta para edificar el cuarto centro de salud que demanda San Fernando. El procedimiento posterior, esto es, la cesión formal de los terrenos, debería, a juicio del socialista, haberse llevado a cabo ya. "El PA intentó justificar su inoperancia y la lentitud administrativa con la que trabaja el Ayuntamiento en los trámites para la segregación de una parcela adjudicada previamente a la Asociación de enfermos de Parkinson. A estas alturas esta circunstancia ya no debe suponer un freno para que se lleve a pleno la cesión total".

López Gil desconoce, por tanto, los motivos que lleva al equipo de Gobierno andalucista a retrasar ahora el paso por el pleno de la cesión de los terrenos para estas nuevas instalaciones sanitarias. "Lamentamos que este asunto no se esté abordando con la celeridad que requiere máxime cuando el SAS espera sacar a concurso la licitación de ejecución de obras en el primer semestre de 2007".

La inversión estimada del nuevo centro de salud en la zona de Camposoto es de 1,5 millones de euros y debería estar concluido en 2008. Su construcción es una reivindicación histórica del Ayuntamiento "que es, curiosamente, quien ahora tiene paralizada su ejecución por un mero trámite puesto que los terrenos a ceder cuentan con el visto bueno de las dos administraciones", insiste el PSOE local. El centro contará con siete consultas de adultos, dos de pediatría, una zona de rehabilitación y fisioterapia, cirugía menor y odontología.

Con la apertura de este nuevo centro de salud, se contempla la atención potencial de 105.000 personas, frente a las más de 92.000 que posee actualmente San Fernando, estimándose por tanto un continuo y posible crecimiento de población.

Publicado el listado provisional de acceso a la carrera profesional en Andalucía

Se abre un periodo de alegaciones, tras el cual se harán oficiales las listas definitivas

Redacción, Sevilla (12/15-1-2007).- Un total de 1.350 profesionales sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que han tomado recientemente posesión de su plaza como personal estatutario fijo, han sido incluidos en el listado provisional de acceso a la carrera profesional sanitaria de la comunidad autónoma, que se acaba de publicar en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA).

Este proceso, que se incluye dentro de los acuerdos laborales de mayo del pasado año suscritos por el SAS y los sindicatos, establece que el personal licenciado y diplomado sanitario pendiente de la toma de posesión de su plaza puede solicitar el acceso a la carrera profesional, una vez que se hubiera producido dicha toma de posesión.

Por ello, a partir de la publicación de estas listas provisionales se abre ahora un periodo de alegaciones de 15 días hábiles, que serán resueltas, a propuesta de la comisión central de valoración, y que se estudiarán una a una para comprobar si cumplen o no los requisitos para acceder a la carrera profesional.

Una vez que concluya el periodo de alegaciones, se harán públicas las listas definitivas de profesionales incluidos en la carrera profesional, con la intención de que en la nómina del mes de febrero se pueda cobrar este concepto. Con ello se dará por concluido el proceso extraordinario que se abrió el pasado verano.

Según establece la carrera profesional, los licenciados sanitarios con más de cinco años de servicios prestados en el SAS cobrarán 3.000 euros al año por enmarcarse en el nivel II y los que tienen más de diez años trabajados, en el nivel III, percibirán una cuantía anual de 6.000 euros. En el máximo nivel, el V, estas retribuciones oscilarán entre los 7.800 y los 12.000 euros anuales, respectivamente.

Sólo un 12% de los españoles practica ejercicio físico de forma adecuada

Cada año por estas fechas muchos españoles se proponen hacer más ejercicio. Los datos disponibles demuestran que al cabo del tiempo son pocos los que mantienen la promesa. Un estudio reciente con 68.055 pacientes de más de 14 años revela que sólo un 12% de la población practica ejercicio físico de forma adecuada. Los expertos consideran a una persona físicamente activa cuando realiza al menos tres sesiones semanales de 30 minutos. Son tantos los datos que avalan los beneficios del ejercicio que la actividad física se debe recetar y receta desde los centros de salud cada día. Y no sólo es bueno para cualquier persona sana; también los pacientes con enfermedades crónicas como bronquitis, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, obesidad, osteoporosis o artrosis pueden beneficiarse del ejercicio físico.

Sin embargo, los pacientes necesitan saber la duración, la frecuencia o la intensidad de la actividad que van a practicar igual que saben cómo se tienen que tomar un medicamento, la dosis exacta o cuántas pastillas debe ingerir al día. Por ese motivo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha elaborado el primer manual sobre Prescripción de Ejercicio en el tratamiento de enfermedades crónicas.

La obra anima a los profesionales a prescribir programas de ejercicio físico como una forma de prevenir, tratar y rehabilitar enfermedades, además de aumentar la calidad de vida. Los médicos de familia son los profesionales sanitarios que están en las mejores condiciones, por su cercanía y conocimiento global del paciente, de concienciar a la población sobre los beneficios de esta práctica. "Sabemos que la edad no es una contraindicación para practicar ejercicio de manera regular y adaptado a las condiciones de cada uno. Resulta muy recomendable realizar algún tipo de actividad, como caminar a paso ligero o correr, al menos cuatro días a la semana durante, al menos, media hora. Conviene empezar de forma progresiva y continuada, evitando esa práctica habitual, pero poco aconsejable, de realizar un gran esfuerzo un solo día de semana. El ejercicio funciona a largo plazo y por eso es preciso ser constante", asegura el doctor Luis Aguilera, presidente de semFYC.

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud se puede calcular que el 7% de las muertes registradas en el 2003 se debieron a la inactividad física. "Estamos", advierte el doctor Ortega, "ante el factor de riesgo, asociado a los hábitos de vida actuales, que más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades. Su prevalencia es superior a la de cualquier otro factor de riesgo como el tabaquismo o el consumo de alcohol".

Jóvenes y mujeres, los más sedentarios

Los resultados de un estudio sobre promoción del ejercicio físico que se ha llevado a cabo con datos de 68.055 pacientes de más de 14 años muestran que las mujeres son más sedentarias que los varones y que en cambio los mayores de 74 años (27.2%) son los más activos, seguidos por el grupo de edad de entre 65 y 74 años (26.7%). La doctora Montserrat Romaguera, responsable del estudio y una de las autoras del libro Prescripción de ejercicio, asegura que lo más llamativo de esta investigación ha sido comprobar que es precisamente la población joven la más sedentaria. "Por este motivo, deberíamos buscar programas que estimulen a este colectivo a tener una vida más activa. Sería necesario llevar a cabo políticas sociales dirigidas a mejorar los horarios laborales, la accesibilidad a las instalaciones deportivas, etc. Estas diferencias de actividad por edades también se explican porque la población mayor cuenta con más tiempo libre, lo que siempre facilita la motivación y la posibilidad de insistirles en los beneficios que va a tener para su salud".

El sedentarismo en las mujeres se debe, en la mayoría de los casos, a que suelen disponer de menos tiempo libre. "Asumen las tareas domésticas, el cuidado de la familia y, en general, tienden a percibir como algo menos importante la actividad física como un factor a potenciar. El porcentaje de actividad se iguala entre sexos a partir de los 65 años, etapa en la que los hijos ya han abandonado el núcleo familiar o están jubiladas, disponiendo de más tiempo libre", añade la doctora Romaguera.

El ejercicio por patologías

Son conocidos los beneficios de la utilización de la actividad física como herramienta terapéutica. El manual ofrece a los profesionales médicos pautas para recomendar el ejercicio a pacientes según tengan insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, hipertensión arterial, arteriopatía periférica, diabetes, colesterol alto, obesidad, osteoporosis, artrosis y depresión. "En pacientes que están en periodo de convalecencia, por ejemplo los que han superado un infarto de miocardio, el ejercicio desempeña un papel muy importante en su rehabilitación. En el caso de la insuficiencia cardíaca, aunque tradicionalmente se les aconsejaba evitar los esfuerzos, en la última década se ha demostrado que con el entrenamiento físico estos pacientes pueden mejorar mucho su estado funcional y su calidad de vida, además de reducir su riesgo de mortalidad", aclara el doctor Ortega.

Las mejorías asociadas al ejercicio físico también son evidentes en el aparato locomotor. En las personas mayores, tan castigadas por la osteoporosis o la artrosis, el ejercicio disminuye el dolor articular y mejora la movilidad, tan ligada a la autonomía personal para las actividades cotidianas. La actividad física ha demostrado reducir el riesgo de fractura en un 50%.

En pacientes con cáncer, la prescripción del ejercicio se dirige tanto a conseguir unos beneficios psicosociales como de salud física. "El profesional debe prescribir un ejercicio con el que estos pacientes puedan disfrutar, que aumente su confianza, les ayude a desarrollar destrezas, que incorpore interacción social y que se lleve a cabo en un ambiente que comprometa la mente y el espíritu", afirma el doctor Ortega, "

Prescribir ejercicio físico

En el cambio de hábitos de vida es importante plantearse metas a corto plazo y tener claro cuál es el objetivo final. En el libro se indica que los gustos personales son fundamentales a la hora de definir los ejercicios que resultan más favorecedores para cada persona. "A la hora de recomendar a nuestros pacientes que hagan ejercicio es necesario tener en cuenta su estado de salud, saber si practica o practicó algún tipo de actividad, conocer sus expectativas y preferencias y la disponibilidad de tiempo. Exploraciones como un electrocardiograma o una prueba de esfuerzo, pueden ser necesarias al prescribirlo en personas mayores con patologías cardiovasculares", comenta el doctor Ortega.

"Sabemos que los pacientes activos viven unos tres años más de media con mayor calidad de vida y autonomía personal que los pacientes inactivos. Los médicos podemos ayudar a prevenir la inactividad física y hacer realidad el concepto de envejecimiento activo e integrar el ejercicio físico como un hábito diario en la vida de los pacientes", concluye este experto.

11/01/2007

GESTIÓN

José M^a Juárez Arias

12/01/2007

El Banco de Prácticas ampliará la aplicación de la I+D andaluza

El Banco de Prácticas Innovadoras andaluz cumple seis meses. Los resultados obtenidos son muy satisfactorios según Pablo Rivero, director general de Innovación Sanitaria de Andalucía, "pero todavía es necesario aumentar la replicabilidad de las innovaciones".

Seis meses después de la puesta en marcha del Banco de Prácticas Innovadoras por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el balance, según Pablo Rivero, director general de Innovación Sanitaria de la región, "es muy satisfactorio, ya que no sólo se han cumplido las expectativas iniciales, sino que se han superado en algunos casos". Cerca de 300 profesionales sanitarios y 56 iniciativas se han registrado desde julio del pasado año, cumpliéndose así la finalidad del proyecto: "dar soporte administrativo a los clínicos que desarrollan prácticas innovadoras, establecer protocolos de actuación, fomentar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y publicar los resultados de los trabajos para facilitar el acceso a los avances y que tanto los sanitarios como los pacientes se beneficien".

¿Cómo lo han conseguido? Para Rivero los resultados positivos obtenidos hasta la fecha son el resultado de una estrategia "ideada para crear una cultura de innovación". Este planteamiento fue avalado por la Organización Mundial de la Salud y respaldado por la Junta de Andalucía, que aportó 1,2 millones de euros al programa, y por la Unión Europea, que colaboró con 700.000 euros, "pero ha sido diseñado por los propios médicos, ya que son ellos los que impulsan el avance y no los políticos".

Así, a pesar de los frutos recogidos, "todavía quedan detalles por pulir". El reto para 2007 es crear un sistema de "réplicas de las innovaciones que, una vez asentado el sistema de registro, incremente la difusión de las investigaciones y posibilite la puesta en marcha de las nuevas aplicaciones en otros centros andaluces e incluso en otras autonomías, ya que esta iniciativa es extrapolable a cualquier ámbito geográfico e institucional".

Expansión

La principal ventaja que presenta el banco de prácticas en relación a otras iniciativas similares propuestas por el Ministerio de Sanidad y otras comunidades autónomas es "que consigue una mayor cohesión y coordinación entre los equipos de trabajo". Se trata de un proyecto diseñado en función de las características y las necesidades de los pacientes y los investigadores andaluces, "pero podría adaptarse y aplicarse en cualquier ámbito, tanto a nivel autonómico como europeo, siendo una garantía de éxito los buenos resultados multidisciplinares en I+D obtenidos hasta el momento".

Otra cuestión pendiente para 2007 es la creación de premios y la potenciación de foros "para estimular a los investigadores, aumentar la comunicación entre los grupos de estudio, garantizar la continuidad en la investigación y galardonar las ideas más útiles. Entre estas iniciativas, destacan el programa de radiología digital del Servicio de Urgencias del Hospital Santa Ana de Motril, en Granada; la página web de enfermería del Hospital Virgen de la Victoria, en Málaga; el sistema diseñado por los facultativos del Hospital Virgen del Rocío, en Sevilla, que transforma pruebas diagnósticas en imágenes tridimensionales para simular las intervenciones quirúrgicas, evitar la improvisación de los cirujanos y mejorar la planificación de las operaciones y la seguridad del paciente; o el foro de continuidad asistencial vigente en el Distrito Sanitario de Jaén, que mejora la coordinación entre primaria y especializada y los distritos sanitarios colindantes para garantizar la calidad de la atención al paciente".

GESTIÓN

12/01/2007

Covadonga Díaz. Oviedo

Las guías en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular mejoran la gestión de los pacientes

Tras el alta de un paciente que ha sufrido un evento cardiovascular es necesario establecer pautas de seguimiento y actuación que clarifiquen el papel del médico de primaria, en qué momento debe ser derivado de nuevo al hospital y por qué especialista debe ser seguido para mejorar su calidad de vida, evitar duplicidades en las pruebas y reducir demoras.

Las publicaciones relativas a prevención secundaria para pacientes que han tenido uno o varios eventos son escasas. En ocasiones "el paso del hospital al centro de salud es relativamente brusco, mientras que en otras está precedido de un periodo indeterminado en el que se realiza un proceso asistencial simultáneo no siempre bien coordinado", ha indicado Rafael Marín, coordinador de la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital Central de Asturias.

Por este motivo especialistas de primaria y especializada de Asturias han elaborado una Guía de Prevención Secundaria de la Enfermedad Vascolar, en la que se establecen pautas de seguimiento y actuación terapéutica sobre los pacientes que ya han tenido un proceso clínico cardiovascular. En estos casos es frecuente la comorbilidad vascular y renal y la concurrencia de varios factores de riesgo cardiovascular. Su atención hospitalaria suele estar fragmentada en variados y a veces complicados procesos asistenciales que pueden incluir a diversos especialistas de cardiología, nefrología, endocrinología, neurología, medicina interna y cirugía vascular, fundamentalmente, según han explicado Marín y Artemio Álvarez Cosmea, del Centro de Salud de Ventanielles (Oviedo), coeditores de la publicación.

Este modelo de asistencia multidireccional ocasiona no pocas molestias al paciente y provoca un mayor gasto asistencial por la repetición de consultas, pruebas analíticas y exploraciones complementarias. "Son pacientes vistos en muchos servicios, pero no asumidos por nadie de forma integral".

De ahí la propuesta que en algunos hospitales ya ha tomado forma de unidades de riesgo vascular, "que tendrían como objetivo la integración del proceso asistencial relacionado con la prevención secundaria en cualquiera de sus vertientes".

En ocasiones, "el paso del hospital al centro de salud es demasiado brusco, y en otras está precedido de un periodo indeterminado de tiempo"

Entre el 8 y 12 por ciento de las mujeres de mediana edad padece incontinencia urinaria y la cifra se eleva con la menopausia

Unos dos millones de españoles conviven con este trastorno y el riesgo de sufrirlo se iguala por sexos al cumplir los 65 años, según la Asociación Española de Urología

Redacción, Madrid, (13/15-01-07).- Se estima que entre un 8 y un 12 por ciento de las mujeres de mediana edad padecen incontinencia urinaria, según datos miembro de la Asociación Española de Urología (AEU). Pero además, se calcula que, aproximadamente, la mitad de las mujeres tendrán un problema de incontinencia en algún momento de su vida.

Más del 8 por ciento de las mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 50 años ya ha tenido algún episodio de incontinencia. A partir de los 55 años este porcentaje se incrementa hasta alcanzar un 12 por ciento. Este repunte se debe a que en la fase menopáusica el déficit de estrógenos disminuye la presión en la uretra y favorece la incontinencia que ya existía previamente. Superados los 65 años, el riesgo de incontinencia se iguala por sexos; de hecho, se calcula que más del 15 por ciento de los ancianos padece este trastorno.

La incontinencia urinaria es una enfermedad crónica que afecta a más de dos millones de españoles. Además de un problema sanitario, la pérdida sin control de orina origina importantes repercusiones en la esfera social y privada del afectado. Dependiendo de cómo se produzcan las pérdidas de orina existen dos tipos de incontinencia: la incontinencia de orina de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia.

La primera ocurre durante el ejercicio físico o el esfuerzo como la tos y el estornudo. La segunda se produce precedida de un fuerte deseo de orinar (urgencia). La mayor incidencia de la incontinencia de esfuerzo se produce en la etapa de la menopausia, como consecuencia de la pérdida de firmeza en la musculatura del suelo pélvico después de dar a luz.

El tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo es fundamentalmente quirúrgico. Sin embargo, "fortalecer la musculatura del suelo pélvico y rehabilitarla es un aspecto esencial para curar la incontinencia", según explica el doctor José Luis Ruiz Cerdá, adjunto del servicio de Urología del Hospital La Fe de Valencia y miembro de la Asociación Española de Urología (AEU).

El fortalecimiento de la musculatura se realiza mediante ejercicios físicos específicamente diseñados para el entrenamiento del suelo pélvico. Otra forma de estimular y fortalecer esta musculatura es utilizar estímulos eléctricos. La estimulación eléctrica se realiza mediante aparatos de estimulación eléctrica en forma de sondas anales o vaginales que producen corriente eléctrica.

"La estimulación eléctrica ha supuesto un importante avance para el tratamiento de la incontinencia de orina, en los casos en los que el paciente no responda a la medicación ni a los ejercicios de rehabilitación de la musculatura de la pelvis", explica el doctor Ruiz Cerdá. Según este experto, el valor terapéutico de la electricidad tiene su base en el hecho de que el sistema nervioso se comunica mediante señales eléctricas de forma natural.

"A diferencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo, la incontinencia urinaria de urgencia tienen un abordaje conservador", señala el doctor. "La mayoría de pacientes se tratan con fármacos anticolinérgicos. El porcentaje de buena respuesta depende del tiempo de seguimiento considerado. A corto plazo, los resultados positivos pueden ser elevados, pero a largo no superan el 40 por ciento. Entonces, los pacientes bien se resignan a convivir con su problema o siguen buscando alternativas dada su pobre calidad de vida. Para los casos severos o refractarios está indicada la estimulación eléctrica".

SALUD

13 de Enero de 2007, número 693

GERIATRÍA

Un 26% de los que se caen teme otro impacto y precisa ayuda psicológica para volver a caminar

Esta es una pregunta clave. Su médico debe hacérsela de forma periódica a partir de los 65 años. El 30% de los mayores sufre un traspies anual y el 50% repite al poco tiempo. Las caídas son una de las primeras causas de muerte e incapacidad en estas edades.

ISABEL PERANCHO

Levántese y ande. No se trata del milagro de Lázaro. Esta orden de su médico sólo pretende comprobar el estado de su aparato locomotor. Se trata de un sencillo test geriátrico para valorar cómo anda de equilibrio, el aspecto de su marcha al caminar, su grado de funcionalidad, cómo se desplaza, con qué rapidez y si algún movimiento se le atasca. Bastará con que se levante de la silla en la que esté sentado, eso sí, sin apoyar las manos, camine tres metros, gire y vuelva a sentarse.

Si hace todo esto en menos de 20 segundos habrá aprobado, pero si supera este umbral, necesita apoyos o se tambalea dubitativo... es probable que sea vulnerable a sufrir una caída, un riesgo que se presenta cada año a un tercio de la población mayor de 65 años. Este tipo de traspies constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes y el progresivo envejecimiento de la población hace previsible su aumento.

Los especialistas lo dejan claro: ante una caída no cabe la indiferencia. «Es una señal de alerta que puede traducir una situación de fragilidad del mayor, cuyas causas deben estudiarse y puede ser la primera manifestación de una enfermedad, desde una depresión a una infección», advierte Pilar Mesa, especialista del Hospital geriátrico San Jorge de Zaragoza y miembro del Grupo de Caídas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Estos tropezos constituyen un problema de salud cada vez más reconocido y estudiado debido a las consecuencias y complicaciones que acarrear. Éstas no son banales: un 20% de los traspies precisa atención sanitaria, un 10% de ellos a causa de lesiones importantes. Por ejemplo, entre el 4% y 6% concluye con una fractura, en una cuarta parte de los casos del fémur, el hueso que se aloja en la cadera. Este tipo de lesión es una de las causas principales de ingreso en residencias y de inmovilización y discapacidad en la población de edad avanzada.

El gasto sanitario y social que generan tampoco es despreciable. Y, además, pueden ser causa de muerte. Se calcula que este accidente causa alrededor de 20 defunciones por cada 100.000 habitantes mayores de 64 años, de acuerdo con los datos de un análisis realizado en Cataluña en 2001.

Aunque el episodio concluya sin daños serios, hasta la mitad de los que lo sufren tiene dificultad para levantarse y un 10% queda tumbado en el suelo durante más de una hora. La experiencia tiene igualmente un efecto nocivo a nivel psicológico. «Muchos pierden la confianza y se niegan a caminar o salir, la sobreprotección de los familiares, que tienden a no dejar que su mayor haga nada, puede agravar la pérdida de independencia», explica la doctora Mesa.

VIGILANCIA

Se trata de un fenómeno más frecuente en las mujeres, aunque conforme avanzan los años, tiende a igualarse en ambos sexos. Sin embargo, a pesar de su incidencia e impacto sobre la salud, la atención a este síndrome no está tan extendida como sería deseable. «No es que esté desatendido, pero no se le presta una atención global», incide la especialista de la SEGG.

En su opinión, para empezar, el médico de atención primaria «debe preguntar una vez al año a sus pacientes mayores si se han caído». El sentido de este fisgoneo médico es contrarrestar la falta de percepción de riesgo que conceden los afectados a esta incidencia: la mayoría no la comunica en la consulta.

«Se considera algo normal, inherente al envejecimiento. Saben que les falla la vista, el oído o el sentido del equilibrio, pero no le dan importancia. Y tampoco las familias. Es algo parecido a lo que ocurría con las pérdidas de memoria. Ahora sabemos que pueden alertar de la existencia de una demencia tipo Alzheimer», añade la geriatra.

Desde hace unos años, la consigna en los centros de salud es «plantear sistemáticamente este interrogante a todos los pacientes que han cumplido 75 años», afirma Iñaki Martín Lesende, miembro del grupo de Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Prueba del creciente interés por este síndrome geriátrico en el primer nivel asistencial es que el pasado año se incluyó dentro de los contenidos de estudio obligatorio del programa formativo de los nuevos médicos de cabecera.



Ilustración: Ajubel

Un 26% de los que se caen teme otro impacto y precisa ayuda psicológica para volver a caminar

Aun así, «la costumbre aún no se ha generalizado, pero cada vez está más extendida», añade este profesional, que participa en la elaboración de catálogo de medidas preventivas (recomendaciones PAPPS) que los médicos de cabecera deben aplicar.

La simple pregunta puede ayudar a prevenir nuevos tambaleos. Los estudios demuestran que el hecho de experimentar una caída es un factor de riesgo claro de sufrir otra a corto plazo. Se estima que las probabilidades de volver a tropezar se duplican tras 'besar el suelo' por primera vez.

Por eso, si la respuesta es afirmativa se aconseja llevar a cabo una evaluación integral del paciente para determinar qué factores han propiciado el accidente.

La misión no es sencilla. Este fenómeno se produce en la mayoría de los casos por la interacción de varias circunstancias. En los múltiples factores que se citan figuran los denominados intrínsecos, extrínsecos y ambientales (**ver gráfico**), entre los que destacan el uso de cuatro o más fármacos, sobre todo sedantes y antihipertensivos, los cambios propios de la edad en relación con la bipedestación, la marcha, el equilibrio, el estado de los pies, la audición, la visión, así como las enfermedades crónicas (cardíacas, neurológicas, musculoesqueléticas) y agudas (depresión e, incluso, una infección).

En cuanto a los riesgos del entorno, se sabe que la mayoría de los incidentes ocurre en el domicilio y en lugares cerrados, como el baño, el dormitorio y la cocina. Un 10% se produce en escaleras, sobre todo al subir; los escalones más peligrosos son los primeros y los últimos.

Pongamos el caso de una mujer con artrosis de rodilla y una neuropatía diabética (dos factores intrínsecos) mientras va caminando descalza por el pasillo (extrínseco) cuando se dirige al cuarto de baño de noche (circunstancial). Su riesgo de caída se incrementa conforme van aumentando los factores implicados, aunque los intrínsecos se consideran los más importantes en la génesis de un accidente.

CÓMO PREDECIRLAS

Este ejemplo ilustra la complejidad que conlleva indagar en las circunstancias individuales de cada paciente para determinar dónde reside el peligro y saber sobre qué aspectos se puede intervenir. En esta labor deben participar profesionales de distintas áreas, desde médicos a asistentes sociales que evaluarán los riesgos ambientales en el domicilio del afectado.

Una reciente investigación ofrece ciertas claves que pueden facilitar la tarea de diagnóstico y ayudar a predecir de manera más sencilla cuáles son los pacientes que presentan mayor probabilidad de experimentar una caída, sin necesidad de someter a todos a una laboriosa evaluación integral.

El trabajo, publicado la pasada semana en 'The Journal of the American Medical Association (JAMA)', identifica seis factores de riesgo de caída con mayor potencial predictivo y revisa la evidencia científica sobre cada uno de ellos.

Estos son la hipotensión ortostática (una bajada brusca de la presión arterial al levantarse de la posición tumbada que se suele manifestar con un mareo), la pérdida de agudeza visual o de fuerza muscular, la presencia de alteraciones de la marcha (andar muy despacio o dar pasos no armónicos, arrastrar los pies, con una postura encorvada, tambalearse...), el uso de múltiples medicaciones (sobre todo antidepresivos, sedantes, antipsicóticos típicos...) y la existencia de dificultad para realizar algunas actividades cotidianas (asearse, alimentarse, vestirse, arreglarse, caminar o bañarse) o instrumentales (hablar por teléfono, ir a la compra, cocinar, hacer la colada, usar transportes) y padecer problemas cognitivos.

Un aspecto llamativo es que la edad no figura entre los factores determinantes para calcular el riesgo. Es claro que se incrementa a partir de los 65, pero cumplir más años no aboca irremediablemente a sufrir tropezos, son otras circunstancias las que precipitan el incidente.

Los investigadores se suman a la receta imperante: que todos los mayores sean interrogados por sus antecedentes de caídas y en caso de recibir una respuesta positiva se revise tanto su estado de salud global como su entorno. Pero la novedad es que proponen ir más allá en la prevención de episodios entre los que no se han caído todavía. ¿Por qué esperar a que lo hagan?

Para evitar sorpresas desagradables, aconsejan someterlos a la prueba de Lázaro, es decir, el test 'Levántate y anda.' Los motivos son diversos. En primer lugar, se trata de un procedimiento sencillo y fácil de realizar en la consulta y, en segundo porque, según afirman, las alteraciones de la marcha y del equilibrio predicen las futuras caídas con mayor frecuencia que el resto de los factores de riesgo.

«Lo más sencillo es preguntarle al paciente si ha notado algún problema al caminar, de equilibrio o de movilidad», postulan.

¿Y DESPUÉS?

Los estudios demuestran que la frecuencia de las caídas se puede reducir hasta entre un 30% y 50% con programas de intervención multidisciplinar que ataquen los factores de riesgo. Pero, como subraya Martín Lesende, «el problema es encontrar intervenciones que sean efectivas. Las recomendadas o existentes requieren recursos y personal que no hace factible generalizarlas».

Este experto reconoce que «existen pocos protocolos específicos para trabajar todos los aspectos que requiere la prevención de caídas y la rehabilitación tras sufrir una. De la misma opinión es Pilar Mesa, que destaca que escasos hospitales cuentan con unidades especializadas en esta problemática.

«Por ejemplo, resulta complicado prescribir ejercicio, uno de los elementos claves en la prevención, porque se precisan equipos de apoyo con rehabilitadores y fisioterapeutas y requiere tiempo, ya que si se quieren obtener beneficios, la práctica debe ser frecuente y hacerse incluso a domicilio», agrega el portavoz de la semFYC.

Mesa señala que tampoco se está haciendo «gran cosa» en el área de la rehabilitación. Aspectos como enseñar a los mayores a levantarse si caen, y a caminar con seguridad y sorteando riesgos utilizando algunos trucos son determinantes para evitar nuevos incidentes.

Un 26% de los que se caen teme otro impacto y precisa ayuda psicológica para volver a caminar

Capítulo aparte merece la atención al síndrome poscaída: el miedo a un nuevo impacto afecta hasta a un 26% de las personas y les conduce a cambiar su comportamiento y a disminuir su actividad, llegando incluso a aislarse y a quedar varados en casa. «Tras una caída es importantísimo moverse lo antes posible, al día siguiente si no hay lesiones. Es increíble la musculatura que se pierde tras sólo un par de días encamados a estas edades avanzadas», afirma Carolina Fernández Salinero, fisioterapeuta de la clínica IQTRA de Madrid.

La madrileña María Paz Quintán aprende a volver a caminar con 67 años. Hace tres meses su prótesis de cadera se desenchajó (luxación). «Fue muy doloroso y me afectó mucho psicológicamente. Deje de caminar por miedo a que se me volviera a salir», relata. Gracias a un programa de apoyo psicológico para vencer el temor a un nuevo impacto combinado con ejercicios ha recuperado la confianza, la movilidad y su independencia.