



Ilustre Colegio
Profesional
de Fisioterapeutas
de Andalucía

Noticias 248

Expertos critican la carencia de programas destinados a la rehabilitación cardíaca, de los que sólo se benefician alrededor de un dos por ciento de infartados

Esta técnica está considerada como terapéutica eficaz en la prevención secundaria de los pacientes cardiopatas, según se constata desde la SEC

Redacción, Madrid(25-7-06).-La rehabilitación cardíaca es considerada como la terapéutica más eficaz en la prevención secundaria de los pacientes cardiopatas. Sin embargo, el número de pacientes que participan en estos programas en nuestro país es muy bajo, debido al reducido número de centros de rehabilitación cardíaca existentes.

Así, incentivar a los médicos residentes en cardiología y cardiólogos en general para formarse en rehabilitación cardíaca y poder formar parte de las unidades que se constituyan en el futuro fue uno de los objetivos de un Curso sobre "Cómo poner en marcha un programa de rehabilitación cardíaca", celebrado recientemente en El Escorial, organizado por el Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

Según explicó el doctor Esteban García Porrero, director del Curso, "a pesar de que la rehabilitación cardíaca es uno de los elementos del arsenal terapéutico disponible para el manejo de estas enfermedades que ha demostrado resultados excelentes tanto en la reducción de la mortalidad, como de la morbi-mortalidad asociada y de mejora de la calidad de vida del paciente, en nuestro país existe una clara carencia de estos programas, de ahí que el objetivo principal del curso sea suplir este déficit, por lo que está dirigido especialmente a médicos residentes".

"De hecho, a nivel nacional, sólo 23 centros sanitarios cuentan con estas Unidades, estimándose que menos de un 2 por ciento de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio se someten a rehabilitación cardíaca", subraya este experto.

Programa complejo

La rehabilitación cardíaca está indicada para casi todas las patologías cardíacas, como en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, enfermedad isquémica, o tras ser intervenido de un by-pass coronario, angioplastia coronaria, etc.

Consiste en un programa complejo, ya que intervienen múltiples especialistas (cardiólogos, enfermería especializada en prevención secundaria, psicólogos, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, asistentes sociales, dietistas y psiquiatras), siendo el ejercicio físico el elemento vertebrador. Entre otros aspectos, incluye la formación del paciente y la familia sobre la enfermedad, de modo que se impliquen y responsabilicen en el tratamiento de la misma.

Asimismo, incluye la realización de una prueba de esfuerzo, indicaciones sobre el ejercicio físico para cada paciente de modo individual, así como tests psicológicos y tratamiento psicoterápico, puesto que la depresión es significativamente más frecuente en los pacientes cardiovasculares que en la población general.

"Los beneficios de este programa de prevención secundaria son excelentes, de tal modo que ha demostrado reducir un 20 por ciento la mortalidad general y un 26% la mortalidad cardiovascular en pacientes de enfermedad coronaria, teniendo el programa un riesgo muy bajo", explicó el doctor García Porrero, durante el curso que contó con el apoyo del Instituto de Formación Novartis. "Por ello –añadió este cardiólogo-, en la actualidad, son varias las Comunidades Autónomas en las que se está estudiando implantar estos programas en la Sanidad pública".

Estos datos han sido corroborados en un reciente estudio, en el que se comparó a pacientes sometidos a una angioplastia coronaria con stent, tras la que en un grupo recibían rehabilitación cardíaca y en otro no. Los resultados confirmaron que en los pacientes incluidos en programas de rehabilitación se consiguió una disminución de la progresión de la enfermedad coronaria mayor del 20 por ciento y de sufrir una nueva hospitalización entre el 18,6 y el 46 por ciento.

"Con esta técnica, que nace a principios de los años 60 como reacción a la pauta de tratamiento de la época que indicaba un infarto reposo en cama durante un mes, con negativas consecuencias como depresiones y pérdida de la masa muscular, se pretende que aquellas personas que ya han sufrido una cardiopatía corrijan aquellos hábitos de vida perjudiciales anteriores a la enfermedad, como la alimentación, falta de ejercicio, etc., de modo que puedan llevar una vida totalmente normal", reiteró este experto.

DOLOR DE CUELLO, ARTROSIS Y FIBROMIALGIA

La acupuntura, un eficaz analgésico

Actualizado lunes 24/07/2006 13:46 (CET)

ISABEL ESPIÑO (elmundo.es)

MADRID.- La terapia china basada en agujas continúa demostrando su eficacia para aliviar diferentes trastornos. Una extensa revisión avala la acupuntura en el tratamiento del dolor de cuello y sendos estudios sugieren que también podría servir para la fibromialgia y la artrosis de rodilla.

"Los efectos específicos de la acupuntura se dan a corto plazo [menos de tres meses], pero tienen importantes beneficios prácticos", concluyen los autores de la revisión, que ha examinado los resultados de 10 ensayos clínicos con más de 660 pacientes aquejados de [dolor de cuello](#). "El número de sesiones de acupuntura estaba relacionado con los resultados. **Lo ideal serían al menos seis sesiones**", agregan los autores en el último número de la '[Cochrane Library](#)', una publicación que se dedica a revisar las evidencias científicas sobre los tratamientos médicos.

Estos investigadores, pertenecientes al Cervical Pain Group (que investiga las evidencias disponibles acerca de numerosos tratamientos para el dolor de cuello), han examinado investigaciones con pacientes aquejados de cervicalgia mecánica —el dolor que se produce con el movimiento y afecta a las cervicales, músculos y otras estructuras de la zona—.

La acupuntura demostró ser más eficaz que tratamientos placebo ('falsa' acupuntura, lista de espera...), tanto en los dolores cervicales como en las molestias que se irradiaban también a los brazos.

La terapia consiguió aliviar las molestias durante los tres meses posteriores al tratamiento. Además, resultaba segura.

También en la artrosis y la fibromialgia

A la revisión de la Cochrane se unen dos recientes estudios que evaluaron los beneficios de la acupuntura en otros dos tipos de dolor: la artrosis y la fibromialgia.

Hasta el momento, había mostrado [resultados contradictorios](#) en la [fibromialgia](#), una enfermedad caracterizada por dolores musculares y articulares por todo el cuerpo. Según un estudio realizado en la Clínica Mayo (EEUU) con medio centenar de pacientes, la acupuntura no sólo alivia el dolor, sino que también mejora los niveles de fatiga y ansiedad. Las voluntarias recibieron durante dos o tres semanas seis sesiones de acupuntura o de falsas agujas.

"Los resultados de este estudio me convencen de que existe algo más que un efecto placebo en la acupuntura", dice David Martin, anestésista y principal firmante del trabajo, publicado el mes pasado en '[Mayo Clinic Proceedings](#)'. "Confirma muchas impresiones clínicas de que esta técnica de medicina complementaria es útil para los pacientes".

El trabajo sobre la [artrosis](#) de rodilla, publicado recientemente en '[Annals of Internal Medicine](#)', también se propuso aclarar las supuestas bondades de la terapia china, en este caso combinada con fisioterapia.

Más de un millar de pacientes aquejados por este trastorno degenerativo fueron divididos en tres grupos: además de seis sesiones de 'fisisio', podían recibir 10 de acupuntura, 10 de falsa acupuntura o bien 10 visitas médicas.

Los grupos que habían recibido la acupuntura, ya fuese la administrada según la medicina tradicional china o placebo (las agujas se colocaban en otros puntos y de modo superficial), obtuvieron mayor alivio de su dolor que los demás participantes.

Los voluntarios que recibieron la acupuntura clásica fueron los más satisfechos con el tratamiento.

asociaciones granadinas

Fibrosis Quística: "La enfermedad no se debe encarar como una tragedia"

25/07/2006 - 10:05

Carmen Valverde

ENTREVISTA AL DELEGADO PROVINCIAL DE LA ASOCIACIÓN CONTRA LA FIBROSIS QUÍSTICA DE GRANADA

El doctor Diego Ogayar es el Delegado provincial de la Asociación contra la Fibrosis Quística en Granada desde el año 2002. El año 2001 se celebró en España el primer Congreso Nacional sobre esta enfermedad y como consecuencia, el año 2002 tuvo lugar la Asamblea Andaluza, donde fue elegido junto a otros cargos directivos. Tiene un hijo de 20 años afectado por la enfermedad.

Pregunta.- ¿Ha influido su condición de médico en la elección?

Respuesta.- No, pues el resto de delegados andaluces no lo son. Fuimos propuestos y aceptamos el nombramiento.

P.- ¿Cuánto tiempo lleva implantada en Granada esta Asociación?

R.- Desde el año 2002 pero hasta el 2003 no tuvimos sede y pudimos trabajar más en serio. Celebramos un acto de Comunidad, una comida para dar a conocer la Asociación y para sacar fondos, la celebramos todos los años la última semana de Noviembre. Acuden unas 500 personas, entre asociados y amigos.



P.- ¿Existen otras asociaciones en España?

R.- En Andalucía hay dos sedes, en Sevilla desde el 86 y en Granada, aunque existen delegaciones en todas las provincias andaluzas. La Federación Nacional Española que coordina a todas se halla en Valencia.

P.- ¿Qué requisitos existen para ser socio?

R.- Requisito ninguno, puede ser cualquier persona, entre las modalidades: socios protectores, colaboradores, afectados y familiares. Tenemos una cuota mínima trimestral, voluntaria, de 15€ Pero los afectados pueden ser socios sin cuota. También hay afectados que no quieren tener contacto, por no reconocer la enfermedad ante la sociedad. Existe información en la web: www.fqandalucia.org/

P.- ¿A qué edad se suele declarar la enfermedad?

R.- Es una enfermedad congénita, se puede manifestar desde el nacimiento e incluso en el embarazo. Se puede hacer un diagnóstico prenatal mediante la punción del líquido amniótico. Perseguimos que se incluya como enfermedad detectable dentro del screening o prueba de punción del talón a los recién nacidos.

P.- ¿Qué síntomas presenta?

R.- Respiratorios y digestivos. Infecciones respiratorias, neumonías repetitivas lesivas que acaban destruyendo los pulmones, teniendo, en los casos agudos, como única solución el trasplante pulmonar.

P.- ¿Afecta por igual a ambos sexos?

R.- La incidencia es la misma, estadísticamente no se han apreciado desviaciones significativas en ningún lugar del mundo.

P.- ¿Cuántos asociados hay en la provincia granadina y en España?

R.- Socios que sean afectados, en Granada y provincia 28, en toda Andalucía 512, los datos nacionales son competencia de la Federación Nacional, legalizada como institución en 1989 aunque antes ya existían los movimientos sociales de afectados, en toda España.

P.- ¿Qué es la enfermedad?

R.- Es una enfermedad genética y hereditaria, no contagiosa, se puede transmitir por progenitores sanos que sean portadores del gen defectuoso responsable de la enfermedad. En la población la proporción de portadores es 1/25 equivalente al 4%. El riesgo de transmisión de la enfermedad existe cuando los dos progenitores son portadores, siguiendo las leyes de combinación genética de los cromosomas, las leyes de Mendel. El gen defectuoso que está en el cromosoma 7 es el que codifica una proteína responsable del metabolismo celular del Cloro y del Sodio, de forma equilibrada, en los enfermos se elimina más Cloro que Sodio, esto afecta al Páncreas y a las glándulas de secreción externa haciendo las secreciones de las mucosas, sudor, etc. muy espesas y afectando a la digestión.

P.- ¿Cómo afecta al enfermo?

R.- Causando, principalmente, los problemas respiratorios ya reseñados y digestivos por la falta de enzimas para la buena absorción de los alimentos, estas enzimas deben administrarse en la medicación.

P.- ¿Cómo afecta a su calidad de vida?

R.- Hay múltiples facetas, hay que hospitalizar si se agudizan los problemas respiratorios, deben hacer ejercicios respiratorios varias veces al día, con aplicación de aerosoles, evitar los humos y ser conscientes de las actividades perjudiciales, entre otras cosas. En el caso de los niños hay que tener "mano izquierda" en el colegio para que sepan la problemática y salven la situación social del niño, que conozcan las pautas de la enfermedad: que no es contagiosa, que las toses son involuntarias y que se les puede ayudar. En la Asociación tenemos un librito que entregamos a los profesores con lo más esencial y es muy útil.

P.- ¿Qué actividades hace la Asociación?

R.- Además de la comida benéfica, en el plano asistencial tenemos actividades permanentes, que siguen la máxima "lo que se pierde no se recupera", para concienciar que los cuidados, medidas terapéuticas y medicación son constantes, pagando con años de vida las infracciones. Aquí el papel del psicólogo/a es fundamental, sobre todo con los adolescentes. Estamos haciendo, actualmente, unas intensas gestiones ante la Sanidad Pública para la implantación o perfeccionamiento de las "unidades multidisciplinarias", en los hospitales públicos.

P.- ¿Nos puede explicar en qué consisten estas unidades?

R.- Lo ideal es que estén en hospitales públicos, se llaman "unidades multidisciplinarias" porque están formadas por un neumólogo, un gastroenterólogo, un nutrólogo y una enfermera especializada que coordina las fechas de las consultas y explica los modos de tomar las muestras para los análisis y la administración de los tratamientos.

P.- ¿Cuál es la situación de estas unidades en Granada, respecto a los niños y a los adultos?

R.- La unidad infantil va bien, tiene dos médicos especialistas, en Digestivo y Respiratorio, que en caso necesario derivan al especialista en Nutrición; está ubicada en el Maternal dependiente del Virgen de las Nieves. Respecto a los adultos, es necesaria y existe, en el Clínico, pero incompleta. Sólo cuenta con un neumólogo, falta un especialista en Digestivo y un responsable de la coordinación, también que sea reconocida como tal "unidad" por la Administración, con su correspondiente dotación. **P.-** ¿Nos puede indicar cómo afecta la enfermedad a las familias y qué ayuda reciben?

R.- Respecto a los niños hay que estar muy pendientes de su educación y que se integren lo más posible. Pero la enfermedad no se debe encarar como una tragedia. En mi familia ha hecho que todos nos volquemos en ayudar para que todo funcione bien. Hay que asumir toda la problemática. En cuanto a las ayudas, recibimos las medicinas de la Seguridad Social desde 1990, después de largas reivindicaciones, anteriormente el alto coste de la medicación recaía sobre las familias. Hoy, en los hospitales hacen un informe de las necesidades de cada enfermo y entregan los tratamientos. Desde las asociaciones se tramitan ayudas para las

minusvalías. La enfermedad está incluida dentro de la acepción de enfermedades raras y se acoge a las últimas medidas publicadas sobre ellas.

P.-¿Con qué personal cuenta la asociación en Granada y qué misión tiene?

R.- Además de los cargos directivos contamos con una psicóloga que interviene a petición de los interesados, en muchos casos jóvenes que no aceptan sus limitaciones en el estilo de vida aunque suelen ser chicos con buena inteligencia, que parece compensar el handicap de la enfermedad. También tenemos un fisioterapeuta para aplicar y asesorar en los tratamientos de gimnasia respiratoria y una trabajadora social que colabora en la tramitación de ayudas, la redacción de proyectos para participar en los concursos de subvenciones públicas y privadas y atender a todas las consultas que se hacen a la asociación, desde una actualización plena. Y una secretaria administrativa.

P.- ¿Cómo les afecta la Ley de Dependencia?

R.- Sólo en los casos de transplantes que se hacen en el Hospital Reina Sofia de Córdoba, en que los enfermos están grandes temporadas pendientes de pruebas con necesidad de asistencia familiar permanente, fuera del hogar. Por otra parte la Ley está pendiente de desarrollar y ya veremos en el futuro lo que se puede aplicar a estos enfermos.

P.- ¿Qué mensaje de esperanza envía a los afectados y familiares?

R.- De optimismo, debido al avance de la Medicina en este campo, del mejor conocimiento de la enfermedad, de la mayor concienciación personal y social, la vida media de los afectados ha aumentado mucho, así como la calidad de la misma y estoy seguro que este proceso continuará, con el esfuerzo de todos.

TRATAMIENTOS

Las ondas de choque no sirven en el codo de tenista

Las inyecciones de corticoides son lo más recomendable si el dolor no se alivia con analgésicos

Actualizado miércoles 26/07/2006 11:53 (CET)

REUTERS | ELMUNDO.ES

NUEVA YORK | MADRID.- La terapia con ondas no alivia el dolor o los problemas de movilidad que ocasiona el codo de tenista, según una revisión de 10 estudios, con más de un millar de participantes.

La epicondilitis lateral, conocida comúnmente como codo de tenista, generalmente mejora por sí sola, comentan Rachelle Buchbinder y su equipo, del departamento de epidemiología del Cabrini Medical Center (Melbourne, Australia), en el último número del '[Journal of Rheumatology](#)'. Sin embargo, el problema puede persistir en un pequeño porcentaje de pacientes, que incluso puede llegar a necesitar cirugía.



El tenista argentino Juan Mónaco (Foto: AP)

Las ondas de choque extracorpóreas se han probado en los últimos tiempos para la epicondilitis y otros trastornos dolorosos. **La técnica** en que se basa **es la misma que se utiliza para romper los cálculos de riñón o de vejiga**: ondas de ultrasonidos emitidas por una máquina y dirigidas a un punto determinado del organismo.

En el caso del dolor, se cree que la terapia funciona al causar lesiones microscópicas en el tejido afectado que estimulan el proceso de curación. Sin embargo, existen pocas evidencias (es decir, estudios de calidad) sobre los beneficios de esta y otras terapias empleadas en el codo de tenista.

Para investigar las bondades de las ondas de choque, los autores examinaron nueve ensayos en los que se comparaba con un tratamiento placebo (inactivo) en un millar de pacientes con codo de tenista. Otro estudio más comparó la terapia con ondas con las inyecciones de corticoides en 93 participantes.

Tras revisar estos trabajos, los autores concluyen que, en general, las ondas de choque no son mejores que un placebo. Por el contrario, **las inyecciones de corticoides producían una reducción del dolor del 50% a los tres meses**.

Cuando los síntomas del codo de tenista son leves, suele bastar un tratamiento casero (antiinflamatorios e inmovilización). En caso de que no funcione, es cuando habrá que recurrir a las inyecciones o a fisioterapia. Sólo el 10% de los pacientes tiene que someterse a cirugía como última opción.

Se trata de una de las lesiones de brazo más frecuentes y se produce por el retorcimiento repetitivo de la muñeca y el antebrazo. Esto produce inflamación y dolor en el lado exterior (lateral) de la parte superior del brazo, cerca del codo.

Controversia

El empleo de las ondas de choque para problemas musculoesqueléticos de los tejidos blandos sigue siendo fuente de un "considerable debate", dicen Buchbinder y su equipo, subrayando que su propio ensayo clínico sobre la técnica en la fascitis plantar no encontró ninguna aceleración en la recuperación de los pacientes con este problema en el pie (que ocasiona dolor de talón).

"Basándonos en la revisión, existe una evidencia de 'platino' de que **las ondas de choque extracorpóreas proporcionan un beneficio escaso o nulo** en el dolor y la función de la epicondilitis lateral", concluyen los autores.

Utrera: Salud prevé que a fin de mes se entregue el Centro Hospitalario de Alta Resolución

J. M. BRAZO MENA.UTRERA

La Delegación provincial de Salud prevé que a finales de mes esté entregada la obra del Centro Hospitalario de Alta Resolución Especializada (Chare), de Utrera que dará cobertura a unos 54.000 habitantes de la localidad y de los municipios de Montellano, Los Morales y El Coronil. Después sólo quedan los permisos necesarios, instalar el mobiliario y el equipamiento clínico y contratar los trabajadores, para lo que ya se han celebrado las primeras pruebas de selección para el personal sanitario no facultativo y personal no sanitario.

A las pruebas, según Salud, se han presentado 12.628 aspirantes para 126 empleos de auxiliar administrativo y de enfermería, celador, enfermero, fisioterapeuta, matrona, técnico especialista en laboratorio, técnico especialista en radiodiagnóstico y administrativo. A estos exámenes de selección, les seguirá una fase de autobareación de méritos, para celebrar posteriormente entrevistas personales

En cuanto a las obras, Salud ha anunciado que, al menos, las obras estarán terminadas «en este mes de julio». Los trabajos han funcionado a buen ritmo y se han cumplido todos los plazos previstos, «encontrándose en la actualidad prácticamente terminados».

El proyecto para poner en funcionamiento el hospital cuenta con un presupuesto total de 8,95 millones de euros que, de momento, está gestionando la empresa pública Hospital del Alto Guadalquivir mientras se crea la otra empresa pública que finalmente llevará las riendas del futuro centro

El Chare de Utrera ocupa una superficie de 13.902 m², de los que 7.976 son de edificación. En cuanto a la actividad asistencial, el SAS prevé que las nuevas instalaciones registren entre 2.500 y 3.000 intervenciones quirúrgicas anuales, así como unas 66.000 asistencias al año en atención continuada y urgencias, mientras que con respecto a los servicios que prestará, el centro quedará configurado en ocho áreas asistenciales: urgencias, hospitalización polivalente, quirúrgica, consultas externas, área diagnóstica, de apoyo clínico, de rehabilitación y de educación sanitaria y bucodental.

Los medios con los que contará el centro hospitalario permitirán reducir entre un 70 y un 80 por ciento, según el SAS, los desplazamientos que los pacientes de La Campiña tenían que realizar a Sevilla hasta este momento para someterse a las pruebas necesarias y acudir a las consultas especializadas.

Con respecto a la cartera de servicios, Salud informó que la sala de urgencias del centro hospitalario utrerano dispondrá de recepción, espacio para consultas, salas de espera para enfermos y familiares, además del área de traumatología y curas. El servicio cuenta con una división para urgencias generales y otra para urgencias pediátricas para atender a los niños.

El área quirúrgica contará con dos quirófanos equipados con la última tecnología para realizar las operaciones que se estimen necesarias, aunque el hospital no realizará por lo general intervenciones que requieran un largo periodo de hospitalización..

En la cartera de servicios del centro se incluye también la atención a personas con procesos crónicos como los diabéticos, los asmáticos u otros pacientes dependientes de varios medicamentos a la vez.

Del mismo modo, el centro prestará atención a los enfermos infecciosos y se realizarán todo tipo de pruebas funcionales y de diagnóstico en las especialidades de cardiología, digestivo, neurología u oftalmología entre otras importantes ramas de la atención sanitaria.

La Atención Especializada entra en los centros de salud

La necesaria coordinación de la Atención Primaria y la hospitalaria, que, en no pocas ocasiones, funciona por la mera voluntad de los profesionales, puede verse impulsada desde la Administración pública con la instauración de la figura del especialista consultor. Esta iniciativa, de momento, está arrancando en la Comunidad de Madrid, donde, al menos, 90 consultores trabajarán en torno a 12 especialidades aún no concretadas. Sin embargo, ésta no es la única experiencia, en otras CC.AA. también está planteada bajo otras fórmulas. Mientras, las Sociedades Científicas de Primaria ven, en principio, con buenos ojos este tipo de iniciativas aunque también creen que debe haber una implicación más "hospitalaria" del generalista y, sobre todo, una mayor relación personal y conocimiento por parte de los especialistas de la realidad del día a día del primer nivel asistencial.



Luis García

(17-6-06)Coordinación. Es la palabra clave que se precisa en la relación de la Atención Primaria y la Especializada de cara a la mejora del proceso asistencial a los pacientes, el objetivo último (y primero, cabría más bien decir) de todo sistema sanitario. En la maquinaria de la atención médica, las Administraciones públicas han puesto en marcha diferentes iniciativas con esa finalidad. Una de las últimas en asomar ha sido la implantación de la figura del médico especialista consultor, una especie de enlace entre los dos niveles, encargado de realizar sesiones con el profesional de familia para el seguimiento de los procesos diagnosticados, y con el que se pretende ahorrar derivaciones.

En opinión de profesionales, para lograr una Atención Primaria resolutive hay que dotarla de capacidad para poder manejar todas las pruebas diagnósticas

La Comunidad de Madrid fijó en el contrato de gestión para este año 2006 el establecimiento de experiencias piloto relacionadas con la implantación del especialista consultor en algunos centros de salud, todo ello incardinado en el plan de mejora de la Atención Primaria. La implantación, se afirmaba en el documento, debía realizarse con el fin de establecer un seguimiento del mismo y poder evaluar su contribución en la reducción de derivaciones a finales del ejercicio.

"En estos momentos, los hospitales están eligiendo a los médicos consultores y hasta el 30 de junio se van a ir incorporando a cada uno de los centros, a cada una de las áreas, estableciendo el calendario de visitas con los médicos de familia", según han explicado a EL MEDICO fuentes de las Consejería de Sanidad madrileña.

De momento, la previsión inicial de contar con 77 consultores dedicados en exclusiva a la implantación del proyecto se ha revisado al alza y serán, al menos, 90 los profesionales que en la Comunidad madrileña emprendan la nueva tarea. "También se están definiendo las especialidades sobre las que van a trabajar", añaden. La intención primera de la Sanidad madrileña es establecer la experiencia sobre una docena de especialidades, sobre todo, las que afectan a un mayor número de pacientes.

"Todo lo que sea acercar los servicios a los pacientes nos parece muy bien, y la posibilidad de que los consultores roten de forma programada por los centros de salud y podamos citarlos, incluso, aprovechar para hacer sesiones clínicas con ellos nos parece muy bien", señala Benjamín Abarca, vicepresidente tercero de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG). Especialidades como Ginecología, Oftalmología o Traumatología pueden ser idóneas para la implantación del consultor "pero hay que hacer un análisis de cuáles tienen mayor demanda y adecuar puntualmente las consultas en los centros de salud. Hay que racionalizar los servicios al ciudadano porque no todas las especialidades son susceptibles de un plan de este tipo", añade Abarca.

Reducir derivaciones

A juicio del vicepresidente de la SEMG, "el modelo de Primaria posiblemente necesite una revisión, pero esto es otra cosa distinta, sería un acercamiento de las especialidades que han de utilizarse y facilitar tanto al paciente el menor desplazamiento como la coordinación de Primaria y Especializada. Se nos llena la boca siempre de decir que tenemos que coordinarla y una buena forma de hacerlo comienza por que se conozcan, eso ya per se es bueno, y después aprovechar ese desplazamiento del especialista al centro de salud para realizar sesiones clínicas".

Para Abarca, el impulso de la Primaria "pasa por el aumento de la capacidad diagnóstica, de eso no cabe la menor duda, y ésta tiene su razón de ser primero en el tiempo, y después en los medios de que se dispongan, que hay que reconocer que cada día son mayores. Las autoridades sanitarias se han dado cuenta de que a la Primaria no se le pueden restar competencias diagnósticas por razones económicas y tiene mucha más lógica poder utilizar dichos medios. Otra cosa es establecer los criterios de calidad para que eso se haga con rigor y con la mejor forma posible como en cualquier otra especialidad".

Julio Zarco, presidente de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) entiende que lo del especialista consultor "es una idea ni terminada de perfilar ni bien esbozada. No es adecuado que 60, 77 u 80 especialistas hospitalarios bajen a la A.P. a realizar formación, información y demás. Si lo que se persigue es que realmente se fomente la relación entre los dos niveles, hay que conseguirlo facilitando la incorporación de especialistas a los centros de salud y de médicos de familia al hospital, algo nada descabellado, ya que existe en otros países, como, por ejemplo, en Canadá, Dinamarca, Inglaterra u Holanda. Esto, para el doctor Zarco, se fundamenta en una idea básica, "la cuestión no está en integrar los niveles, ése no es el objetivo, sino que el ciudadano tenga una continuidad en sus cuidados, es decir, que el paciente no vea que al pasar de un ámbito a otro se quede totalmente huérfano en una especie de terreno de nadie". Para garantizar sus cuidados y su continuidad, –prosigue Zarco– "la única figura que realmente puede con ello es el médico de A.P. Realmente, lo que es lógico es que los médicos de A.P. tuvieran capacidad para poder subir al hospital y que cuando sus pacientes están en el nivel de Especializada pudieran ser también vistos, tratados, cotratados y manejados con el médico de familia, además de por los servicios hospitalarios".

No obstante, especialidades como Medicina Interna, Geriátrica, Psiquiatría, Neurología, Cardiología, Ginecología, Dermatología, y Oftalmología serían las más adecuadas, a su juicio, para implantar esta figura, al registrar más derivación a Especializada. El presidente de SEMERGEN opina que, desde el punto de vista político, la implantación del especialista consultor "es una idea interesante a manejar y me consta que existe buena intención para poderla desarrollar, ahora habrá que ver cómo se puede vertebrar, porque no sabemos cómo un nivel va a vivir la incorporación del otro, ya que en principio han sido dos culturas sanitarias en paralelo y distintas que no han hecho cosas de manera conjunta de una forma reglada y sistemática, por lo tanto, esto de que otro profesional "venga acá, siempre se vive con cierta extrañeza y desasosiego".

Este facultativo señala también que "es indudable que para garantizar la continuidad de los cuidados y para hacer una A.P. resolutive, ésta tiene que tener capacidad de poder manejar todas las pruebas diagnósticas, siempre bajo protocolo. Tenemos que desechar la posibilidad de que el ciudadano vuelva otra vez a esa especie de cuello de embudo del hospital para realizarse pruebas diagnósticas". Lo que se debería hacer, a juicio del presidente de SEMERGEN, es que "la prueba diagnóstica se acerque a la población que esté incardinada dentro de la propia A.P., al modo de los centros de alta resolución que existen en algunos lugares. La única manera de poder resolver a cero coste eficaz y rápidamente los problemas es, sin lugar a dudas, acercando la atención lo máximo posible al ciudadano".

Continuidad de los cuidados

"No voy a decir que el especialista consultor sea un fracaso, posiblemente no, pero se va a vivir en Primaria de manera extraña y no va a resolver el problema fundamental, garantizar la continuidad de los cuidados", afirma convencido Zarco, quién, de paso, recuerda que muchos centros de salud, más o menos de forma regular, ya establecen relación con el hospital y organizan sesiones conjuntas informativas, clínicas, que se basan "siempre" en el mutuo conocimiento.

En concreto, sobre este aspecto, desde la Consejería de Sanidad de Madrid se afirma que "se van a realizar sesiones con los médicos de familia, y cuando éstos tengan una duda sobre mandar una prueba, sobre la validez de esa prueba o sobre el caso concreto de un paciente podrán tener el respaldo del médico de Atención Especializada. Esto que antes se venía haciendo de manera informal, y según el criterio de cada especialista y de cada médico de familia, se va a hacer ahora de forma protocolizada y estandarizada a través de unos circuitos que se tienen que diseñar. Se va a establecer un día coincidiendo con el que vaya el consultor de especialidades al centro de salud, o a una sesión con varios centros de salud, en el que se le va a poder plantear distintos casos clínicos, se va a establecer un canal de correo electrónico, un canal de teléfono, se va a estandarizar todo".

Conocer la realidad asistencial de la A.P.

En opinión de Gloria Guerra, vocal de Formación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), "el sistema nacional de salud precisa de manera urgente coordinación y cohesión, lo cual pasa por que los médicos de las especialidades hospitalarias y extrahospitalarias se entiendan mejor y coordinen mejor sus actuaciones. Estos requisitos se pueden obtener a través del conocimiento personal, no sólo de la persona sino de la realidad en la que actúa esa persona. El médico de familia conoce bastante bien el ámbito hospitalario, por el contrario, no se conoce la realidad asistencial de la A.P. desde el punto de vista de los médicos especialistas hospitalarios. Por lo tanto, tiene que haber un acercamiento y un conocimiento no sólo de lo que son las competencias que cada profesional desarrolla, sino también del contexto y de la realidad donde está el paciente".

La doctora Guerra entiende que "lo importante es que el especialista consultor tenga como referencia una serie de facultativos de A.P. con los que pueda entenderse a nivel de resolución de casos. Entonces hay fórmulas con las que el médico hospitalario puede agilizar muchas cosas que en Primaria, hoy por hoy se están tardando en resolver porque no puede usar determinados recursos del sistema". Para Guerra, "otra cuestión importante es que los profesionales de ambos niveles asistenciales actúen de la misma manera según protocolos y guías establecidas".

"Los especialistas pueden aportar mucho a la coordinación del sistema, con sus conocimientos y con sus habilidades y los médicos de A.P. pueden ser más resolutivos, pero para ello necesitan mejores condiciones y mejor acceso a pruebas diagnósticas. El entendimiento personal, profesional y del medio en el que se trabaja es básico para mejorar esta coordinación y esta cohesión", observa la vocal responsable de Formación de semFYC.

Lo importante, para algunos, es que el especialista consultor tenga a una serie de médicos de A.P. como referencia con los que pueda entenderse en la resolución de casos

Para expertos, la cuestión no está tanto en la integración de ambos niveles como en lograr que el

ciudadano tenga una continuidad en sus cuidados

Los pacientes más vulnerables

Otras comunidades, como Andalucía, tienen también en marcha fórmulas de gestión con una coordinación intensa entre ambos niveles, vinculando a las gerencias de los hospitales y a las de distrito (áreas) de Primaria. "Fundamentalmente, nos centramos en aquellos pacientes que son más vulnerables y que necesitan por su reingreso repetido o por su propia vulnerabilidad un seguimiento más cercano entre A.P. y atención hospitalaria, aunque los acuerdos de gestión tienen otros muchos apartados", explica Lola Alguacil, subdirectora de Coordinación de Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

La colaboración "la hacemos fundamentalmente sobre aquellas especialidades cuyas patologías son más prevalentes en la población, Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología, Dermatología, Ginecología, Cirugía y la Salud mental. Las consultorías pueden ser de presencia física, telefónica, interconsultas conjuntas o telemedicina. Los especialistas de los hospitales discuten en el seno del equipo básico de A.P. aquellos casos clínicos que para los médicos de familia suponen algún tipo de duda o de interconsulta o de realización de alguna prueba, los discuten, a veces, en forma de sesiones clínicas, fundamentalmente con los internistas, y en otras ocasiones a través de protocolos. Una vez discutido o seguido el protocolo, el especialista ve al paciente bien en el hospital después de esa interconsulta, o bien en el propio centro de salud".

Todos los hospitales andaluces (29) tienen que firmar ese acuerdo de gestión Primaria-Especializada y tienen que haber establecido en él sobre qué especialidades van a desarrollar consultoría. Esta comunidad autónoma también trabaja mediante la gestión por procesos asistenciales integrados, con un máximo de 60 días para ser visto por el especialista, una vez derivado, o de 30 en determinados procesos asistenciales.

Miguel Angel González de la Puente, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), pertenece al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla: "tenemos en marcha un programa que nos permite, entre otras cosas, atender pacientes en fase diagnóstica sin demora asistencial. Establecemos una visita periódica a los centros de salud, cada 2-3 semanas. Discutimos los casos problemáticos, y a continuación, los que requieren una mayor contribución técnica o de cualquier otra índole los citamos. Ésa es una fórmula y la otra es el teléfono. Tampoco hace falta ningún instrumento particularmente original. Lo que sí intentamos evitar es la burocracia instrumental. Preferimos el contacto directo con el médico de familia a que haya un documento escrito, pero la gestión de la consulta se hace de forma directa y con entrevista, bien personal o telefónica". Las demoras asistenciales clásicas de 4-6 semanas "las hemos reducido con este sistema a cuatro días".

Especialidades como Medicina Interna, Ginecología, Oftalmología y Traumatología pueden resultar idóneas para este tipo de experiencias entre Especializada y Primaria

Sólo una o dos especialidades

Para González de la Puente, la figura del especialista consultor, tal y como se ha diseñado en Madrid, no tiene un encaje claro "si se va a trabajar sobre 12 especialidades. Si lo que se pretende es montar una línea caliente, tiene que ser de una o dos especialidades como mucho, si no es volver loco al médico de familia".

"Nosotros nos hemos autoofertado a los médicos de familia cuando necesitan resolver un problema diagnóstico, pero si hiciesen exactamente lo mismo cardiólogos, digestólogos, reumatólogos... sería imposible".

José Luis Díaz Pérez, ya ex presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología y jefe de este Servicio en el Hospital de Cruces (Bilbao), entiende que su especialidad sí es una de las claras para la implantación del consultor, teniendo en cuenta que "25 por ciento de la patología que llega a manos a los médicos de familia es dermatológica". "En la Universidad –prosigue– no se enseña al médico de familia su posición en relación con las distintas patologías. A veces, se da el caso de que el generalista quiere abarcarlo todo, complicando la situación al paciente, y luego está el polo opuesto, el que sin esperar a que se quite la camisa lo deriva", dice.

Las experiencias son variadas. El Servicio Navarro de Salud, a través del Servicio de Alergología, y con la colaboración del Comité de Coordinación Primaria-Especializada para esta especialidad, ha puesto en marcha esta primavera la modalidad interconsulta no presencial. Por este sistema, el médico de cabecera puede consultar on-line con el alergólogo la presunción de diagnóstico, modificaciones en el tratamiento de un paciente concreto, etcétera, y evitar así la derivación física a la consulta de Alergia de, se estima, la mitad de los pacientes.

Por otra parte, los médicos de Primaria tienen la posibilidad, desde hace dos años, de recibir asesoramiento de diferentes especialistas de todo el país a través de internet. Nicolás González Mangado es el encargado de responder a las consultas de Neumología, especialidad de la que es jefe de Servicio en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. "El funcionamiento es bastante bueno. Están casi todos los especialistas por encima de ocho puntos de media, o sea que la valoración que hacen los médicos de Primaria es muy buena, y son preguntas difíciles, con casos que están en el límite de lo que se tiene que hacer", asegura. A González Mangado la estructura del consultor le parece "una idea buena, aunque exige tiempo y dedicación, porque no es lo mismo tener por especialista cinco o seis preguntas al mes que tener 20 todos los días. Las dudas han de resolverse en un plazo razonable".

Dolor facial Crujir de dientes

POR N. RAMÍREZ DE CASTRO

La presión que se ejerce sobre los dientes provocada por el estrés no es inocente. Algunos pacientes comienzan presionando en exceso los dientes y terminan con daños muy graves en la dentadura y la articulación que une la mandíbula al cráneo. Poco a poco, los dientes se desgastan, se fractura y se altera toda la articulación. Los efectos son tan variados (contracturas de los músculos cervicales, dolor de cabeza, cervical, facial, dental, pinchazos en los oídos, vértigos, mareos....) «que lleva a los pacientes a llamar a la puerta de varios especialistas sin encontrar una respuesta eficaz a su problema», cuenta Rafael Martín-Granizo, cirujano maxilofacial del Hospital Clínico de Madrid.

Tras años de lucha, un grupo de pacientes, con la ayuda de expertos maxilofaciales, odontólogos y neurólogos ha puesto en marcha un centro virtual multidisciplinar que orienta de forma gratuita a los afectados. El centro se ha creado bajo el paraguas de la Asociación Española de Pacientes con Disfunción de la Articulación Temporomandibular y Dolor Orofacial (www.pacientesatm.arrakis.es). «Orientamos a los pacientes para que reciban el mejor tratamiento en centros de referencia y mejorar su calidad de vida», explica Juan Manuel Aragonese, odontólogo y profesor de Prostodoncia de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Las soluciones para estos enfermos no son sencillas y requieren una acción combinada. Ortodoncias, cirugía de la articulación, fisioterapia o filtraciones. Todo con un único objetivo: poner fin a un dolor que lleva a algunos pacientes a pensar en el suicidio.