

El arte de hacer bien las cosas



Mª José Llácer Bosch

Colegiada 3535

Doctora en Fisioterapia y fisioterapeuta en atención primaria

Profesora Docente Investigadora (PDI) de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia

La fisioterapia es una ciencia de medios y no de resultados, por lo que el fisioterapeuta no tiene que garantizar un efecto concreto al paciente que ha acudido al servicio de fisioterapia. Esto sucede de igual forma en otras disciplinas sanitarias, como enfermería, podología, medicina, etc., excepto en medicina estética y odontología donde los resultados sí se deben garantizar (Rosado et al 2017).

Sin embargo, en esta disciplina de medios y no de resultados, el fisioterapeuta tiene la obligación de poner todos los medios necesarios con arreglo a la ciencia, y a los conocimientos, aplicando las técnicas con el mayor cuidado y precisión posible y proporcionando al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención.

Como se ha dicho anteriormente, no estamos obligados a garantizar el resultado esperado, pero sí a poner todo nuestro empeño en hacerlo bien; que es una suma de **capacitación** en el nivel y formación continua de estudios y criterios; **celo**, es decir, lo opuesto a la negligencia; **prudencia** tomando las precauciones para sí y para el paciente; y **observancia** de las normas y deberes.

Una vez introducido de forma breve lo que significa “buena praxis” deberíamos hacer acto de constrictión y analizar el estado actual del “arte de hacer bien las cosas” en fisioterapia, y concretamente en la sanidad pública española.

Así, en **Atención Primaria**, que es dónde desarrollo mi actividad principal como fisioterapeuta clínica desde hace más de 20 años, un número considerable de pacientes realizan el tratamiento de fisioterapia compartiendo espacio, equipamiento y con poca privacidad para preguntar a su fisioterapeuta por su proceso.

En este contexto, como es mi caso, y como sucede a muchos fisioterapeutas, donde no se dispone de una consulta de fisioterapia, ni boxes individuales (únicamente un espacio cerrado por una cortina donde se aplican los ultrasonidos u otras técnicas similares), difícilmente se puede preservar la intimidad del paciente.

Además, y a pesar del interés y energía que el fisioterapeuta pone en hacer las cosas bien, dificultosamente se dispone del tiempo necesario para realizar una exploración adecuada, consultar la historia clínica del paciente, valorar las radiografías, resonancia magnética o TAC, y demás resultados clínicos. Por lo que el tratamiento de fisioterapia acaba siendo muchas veces, una mera aplicación de lo que se indica en la ficha de fisioterapia pautada por el médico rehabilitador, terminando por mecanizar el sistema como si de una fábrica se tratara.



Paradójicamente, en el ámbito universitario la formación del fisioterapeuta en competencias de exploración, anamnesis, análisis de imágenes biomédicas, técnicas fisioterápicas, patología, fisiología, anatomía... nos capacita con amplios conocimientos para desarrollar una fisioterapia de mayor calidad que la “fisioterapia mecanizada” descrita anteriormente.

Debido al gran volumen de pacientes y en algunos casos también a la falta de medios, como el no disponer de una consulta de fisioterapia, detectamos una mala praxis en la exploración del paciente, en la información a este de las técnicas de fisioterapia que se le van a aplicar, y en la preservación del secreto profesional en el caso de que el usuario pregunte al fisioterapeuta por algún asunto de su proceso delante del resto de los pacientes.

(*) Rosado et al. Manual de legislación para profesionales de la salud. Valencia: CECOVA, 2017



A otro nivel, detectamos mala praxis en el lavado de manos, cuando no se dispone de un lavabo cercano, cuyo uso es necesario tanto para el fisioterapeuta como para los pacientes que usan los mismos utensilios de mecanoterapia como son la mesa de mano, el autopasivo de miembros superiores, la escalera de mano, las pesas, la masilla de ejercicio para manos... O cuando el paciente no se lava las manos antes de usar el baño de parafina. Una solución práctica en caso de no disponer de un lavabo sería colocar varios dispensadores de desinfectante de manos en el área de fisioterapia.

¿Y qué decir del uso de los mismos electrodos de electroterapia para todos los pacientes, hasta que no se adhieran bien a la piel? El procedimiento más adecuado es personalizar los electrodos poniendo el nombre del paciente en ellos, y tirándolos al finalizar el tratamiento o cuando ya no se adhieran bien.

Otra mala praxis a la que se debe dar solución definitiva es el uso de las que suelen ser de uso común para todos los pacientes, y además suelen impregnarse en cada uso con medicación diferente (corticoides, AINES, calcitonina...) que se supone eliminamos con un rápido enjuague. La solución sería el uso personalizado de dichas esponjillas, o utilizar electrodos de iontoforesis desechables, sí, más caros, pero más higiénicos y seguros, como me consta que ya utilizan en algunos centros públicos.

Por último, está la cuestión de las "fichas del paciente", donde se registra el control de asistencia y tratamiento de fisioterapia y la información que el fisioterapeuta traslada al médico correspondiente. Considero que el trabajo realizado, los resultados obtenidos y los comentarios se deberían escribir en la misma historia de rehabilitación junto con las indicaciones del facultativo, pues la historia clínica tiene valor probatorio y es el registro fehaciente de los medios usados; una historia clínica incompleta es presunción de mala praxis.

Me gustaría terminar este artículo, agradeciendo a los responsables de la revista el haber pensado en mí, puesto que es un tema que me inquieta y preocupa. Y entre todos estoy segura que podemos mejorar.

No quisiera terminar dejando una sensación de mala praxis, más bien todo lo contrario, pues estoy convencida de que la gran mayoría hace más de lo que puede, y me baso en que somos de los profesionales sanitarios más valorados por los pacientes, bien por la duración del proceso, bien porque el contacto físico durante la exploración o durante la terapia manual predispone a una buena relación de confianza.

O, por qué no, será porque hacemos las cosas bien.