



Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia
www.colfisiocv.com



La buena
praxis

Volumen XIII N°3
Octubre 2017

¡No te quedes fuera!

Actualiza tus datos de contacto

Recibirás toda la información del
Colegio en tu correo electrónico

www.colfisiocv.com



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

EDITA

Il.lustre Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

COMITÉ DE REDACCIÓ

Director: José Ángel González Domínguez

Subdirector: José Antonio Polo Traverso

Directora Técnica: Rosa Marcos Reguero

Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y José Casaña Granell (Valencia)

COMITÉ CIENTÍFIC

Jorge Alarcón Jiménez (UEV)

Juan José Amer Cuenca (UCH)

M. Rosario Asensio García (UMH)

José Vicente Benavent Cervera (UEV)

Josép C. Benítez Martínez (UV)

Sofía Pérez Alenda (UV)

Felipe Querol Fuentes (UV)

Pedro P. Rosado Calatayud (UCH)

José Vicente Toledo Marhuenda (UMH)

Luis Baraja Vegas (UCV)

COL.LABORADORS

José Lendoiro, Josep Benítez, Vicente Lloret, M^a José Llácer, José Vicente Benavent, Francesc Medina, Santiago Sevilla, Felipe Querol, Enrique Lluch

PORTADA

ICOFCV

(De izqda a dcha: Vicente Lloret, Enrique Medina, Felipe Querol, M^a José Llácer y Enrique Lluch).

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

C/ San Vicent Màrtir, 61 pta 2

C.P 46002 VALÈNCIA

T: 96 353 39 68

F: 96 310 60 13

E: administracion@colfisiocv.com

fisioterapialdia@colfisiocv.com

W: www.colfisiocv.com

Depòsit Legal: V – 1930 – 2001

ISSN: 1698-4609

L' ICOFCV no es fa responsable de les opinions expressades pels seus col·laboradors en els articles publicats en esta revista. Tots els articles es publiquen en funció de la llengua en què és presentat l'original pel seu autor.

Carta de la direcció

Queridos lectores:

Damos la bienvenida a la estación otoñal estrenando un nuevo monográfico de *Fisioteràpia al Dia* (FAD) que gira en torno a una cuestión clave en toda profesión: la **buena praxis**.

Una vez más hemos contado con destacados profesionales de la Fisioterapia como colaboradores de nuestra publicación, tanto en las firmas habituales (las de nuestros directores José Antonio Polo y José Ángel González, y la del minucioso José Lendoiro) como en las que se han brindado a rubricar los acertados artículos que van a leer a continuación, comenzando por el decano del ICOFCV, Josep Benítez, que nos introduce en tan intensa cuestión con una **Editorial** tan acertada como clarificadora, cuando menos bastante proclive a despertar la curiosidad del lector.

Pero les invitamos también a que lean detenidamente los textos con que nos ha obsequiado el "quinteto estrella" de nuestra portada; nada menos que cinco fisioterapeutas valencianos que, sin temor a equivocarnos, podemos asegurar que están entre los más consolidados de la profesión, en sus diversas modalidades, y a quienes solicitamos su valiosísima opinión sobre la buena praxis de la fisioterapia desde, precisamente, las parcelas en las que son auténticos expertos, por muy discretos y humildes que se empeñan en ser día a día:

El archiconocido y veteranísimo Felipe Querol, profesor de generaciones enteras de "fisios" valencianos, nos da su sensata visión de la **docencia**. Su antigua alumna y ahora curtida fisioterapeuta de **Atención Primaria**, María José Llácer, nos relata los "entresijos" de tan sufrida modalidad de la sanidad pública, complementada con la de **Atención Especializada** (hospitales) por José Vicente Benavent (que no pudo posar para la fotografía de portada, pero aun así puso su "granito de arena" al respecto). No menos interesantes son las jugosas aportaciones de Quique Lluch y de Vicente Lloret reflexionando sabiamente sobre la **investigación** y la **práctica privada** respectivamente. Y como broche de oro, contamos con una certera entrevista a todo un experto en el estudio de la calidad en el **Parlem Amb**: Francesc Medina.

Y, cómo no, junto con las señaladas aportaciones del monográfico, en **Informació col.legial** nuestra publicación da buena cuenta, una vez más, de la actualidad trimestral acerca de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana, destacando la **II Jornada Internacional** del ICOFCV que, bajo el título "**Fisioterapia Escolar y Diversidad Funcional**", tendrá lugar el 27 y 28 de octubre en el Paranímf de la Universitat Jaume I de Castellón. Además, al igual que en el número anterior, da la bienvenida a numerosos nuevos doctores, una constante en los últimos años que aporta frescura, innovación y un sello más de calidad a nuestra buena praxis profesional.

De hecho, en estos momentos acabamos de cumplir dicho aniversario.

¡Enhorabuena!

José Ángel González
Director de FAD

Sumari

- 05. Editorial
- 06. Informació col·legial
- 27. Monogràfic "La buena praxis"
 - 28. Àmbit privat
 - 31. Àmbit públic: atenció primària
 - 33. Àmbit públic: atenció especialitzada
 - 34. Gestió
 - 36. Parlem amb
 - 44. Normativa
 - 48. Docència
 - 51. Investigació
 - 54. Visió perifèrica
- 58. Racó del llibre
- 60. Agenda
- 62. Benvinguts
- 64. Tauler
- 66. Entitats col·laboradores

II JORNADA INTERNACIONAL

IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPUTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Fisioterapia Escolar y Diversidad Funcional:
de la escuela a la vida adulta



Nuevos Doctores en Fisioterapia



Monogràfic
La buena praxis



Editorial



Josep C. Benítez

Decano del Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana

Estimados compañeros,

La fisioterapia cada vez tiene un mayor reconocimiento por parte de nuestra sociedad. Cierto es que queda mucho por hacer, pero aquellos que empezamos a notar en nuestros pulgares el paso de los años y volvemos la vista atrás percibimos un cambio muy significativo. No solo en el conocimiento de nuestra disciplina (los pacientes, en su gran mayoría, preguntan por un fisioterapeuta) sino también en el reconocimiento por parte de otros profesionales sanitarios que valoran y aprecian nuestra colaboración. Este cambio se ha producido gracias a numerosos compañeros que día a día, con su buen hacer, han conseguido que el "boca a boca" sea nuestra mejor carta de presentación. Por ello, es importante que no perdamos de vista este aspecto. Ha costado mucho llegar hasta aquí. Pero como sabéis, las cosas importantes cuesta mucho conseguirlas, y en ocasiones, es muy fácil perderlas. Gran parte de este mérito se lo debemos a la **calidad** humana que esgrimimos los fisioterapeutas en nuestros actos asistenciales, con nuestra vocación de ayuda al prójimo.

Los colegios profesionales tienen la encomienda legal de regular la profesión y servir de nexo entre la profesión, la sociedad y las instituciones. De este vínculo se desprende que los colegios deben velar, entre otros aspectos, por una asistencia de **calidad**. Para ello, diferentes acciones son posibles, siempre que estén presididas por la voluntad de avanzar y mejorar. Nada fácil, por cierto. El equipo que tengo el privilegio de liderar trabaja día a día con ese fin. Produciendo y afianzando cambios que redundan en el bien común, no solo de nuestros colegiados sino también de la sociedad en general; aspecto que nos diferencia de otros colegios profesionales y que nos permite posicionarnos delante de la sociedad.

Hemos querido llamar la atención de nuestro colectivo con este [monográfico](#) sobre la **calidad**, al que hemos titulado "**La buena praxis**". La sociedad actual, la sociedad de la inmediatez, de lo productivo, del más con menos, de la competitividad, en definitiva, del por todos conocido "estrés", nos lleva a centrarnos en la imagen, el envoltorio, el empaquetado, las apariencias... distorsionando y apartándonos de lo fundamental, el contenido, el fondo. Los fisioterapeutas, evidentemente, nos encontramos inmersos en esta sociedad y debemos levantar la vista y no perder nuestra razón de ser: ayudar a nuestros pacientes.

Fruto de esta interacción social, la asistencia en fisioterapia busca tratamientos rápidos, con soluciones inme-

diatas (no por ello menos efectivas), pero muchas veces ni son resolutivas ni percibidas por el paciente como adecuadas. Y lo peor de todo, puestas en manos poco experimentadas, pueden provocar efectos no deseados dado que no están exentas de ciertos riesgos. Así pues, la **calidad** se fundamenta en unas bases adecuadas, el fondo. No podemos pretender actuar con técnicas invasivas ante una lesión cuando aún no conocemos en profundidad la anatomía o la fisiología, la patología que puede afectar o cómo valorarla. Deberíamos dedicar más tiempo al estudio de estos aspectos. Pueden parecer poco atractivos pero la **calidad** asistencial se verá beneficiada.

No me gustaría dejar pasar la oportunidad de transmitir la importancia de conocer aspectos legales de obligado cumplimiento y que pueden repercutir de manera indirecta en la **calidad** que ofrecemos y, desgraciadamente, tener repercusiones profesionales y personales negativas que podrían truncar nuestra proyección como fisioterapeutas. Me refiero al cumplimiento de la *Ley 15/1999, de Protección de Datos, la Ley 15/2007, de Defensa de la Competencia y Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, donde en su artículo 8 punto 2 leemos sobre el consentimiento informado: *El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*. En esta sociedad cambiante y globalizada, cada vez observamos conductas heredadas de otras culturas como las demandas y reclamaciones en las que deberemos probar que se ha respetado la ley y se ha actuado acorde a la "lex artis".

Por último, muchos de nuestros colegiados desempeñan su labor asistencial en centros o clínicas privadas de los que son responsables, en el argot empresarial, gerentes. Seguramente este es el aspecto que más descuidamos y al que menos relación le vemos con nuestro rol como fisioterapeuta porque efectivamente, es así. Sin embargo, en el momento que decidimos emprender no debemos descuidar este aspecto, no podemos olvidarnos de nosotros mismos, nosotros como empresarios. Vamos a encontrar en este monográfico alusiones a este aspecto. No es trivial. Y no solo repercutirá en la **calidad** percibida por el paciente sino también en nuestra **calidad** de vida; en ser más eficientes y conseguir más con menos.

Nuestro margen de mejora se encuentra en la **gestión** de la **calidad**, en autoevaluarnos para mejorar en los indicadores sugeridos por los expertos. Así pues, pongámonos manos a la obra y empecemos. El ICOFCV va a emprender acciones para ayudar a sus colegiados en este aspecto.

II JORNADA INTERNACIONAL

IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Fisioteràpia Escolar y Diversidad Funcional:
de la escuela a la vida adulta



El ICOFCV reunirá a expertos en Fisioterapia escolar y discapacidad funcional en Castellón

La II Jornada Internacional tendrá lugar en el Paraninf de la Universitat Jaume I de Castellón los próximos 27 y 28 de octubre

Bajo el título "Fisioterapia Escolar y Diversidad Funcional: de la escuela a la vida adulta", el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana reunirá en su II Jornada Internacional a destacados expertos nacionales e internacionales en el ámbito de la educación y la diversidad funcional. Una ocasión única para poner en común la realidad actual, los últimos avances logrados en este campo y los retos de futuro.



Este año la cita tendrá lugar los próximos 27 y 28 de octubre en Castellón, en concreto, en el Paraninf de la Universitat Jaume I (UJI), coorganizadora del evento. Además, cuenta con la colaboración de la conselleria de Educación, Cultura y Deportes.

¡Ya puedes inscribirte!

www.jornadaicofcv.org



La II Jornada ha adquirido un carácter más interdisciplinar y el viernes por la mañana contará con diversos talleres en los que participarán fisioterapeutas y profesionales de otras disciplinas que también trabajan en este ámbito. Estos están abiertos a maestros, psicólogos, pedagogos, etc., a todos los profesionales que trabajan con personas con discapacidad funcional.

El viernes por la tarde tendrán lugar los *workshops* pre-jornada con un enfoque a la fisioterapia y el sábado será la Jornada propiamente dicha, la cual contará con diversas ponencias y mesas redondas.

Asimismo, todos los estudiantes universitarios de la UJI que se inscriban a la Jornada conseguirán la convalidación de 1 crédito si asisten los dos días y 0,5 créditos si asisten un día.

El actual sistema educativo garantiza la atención a todos los alumnos con diversidad funcional. En la Comunidad Valenciana existen 47 centros de Educación Especial (EE) y 388 centros ordinarios con unidades específicas de EE. En unos y en otros, el fisioterapeuta desarrolla un papel clave, motivo por el cual el ICOFCV ha elegido este tema.

Desde del Colegio de Fisioterapeutas os animamos a asistir a esta Jornada, una cita clave para compartir y aprender, para mejorar nuestros conocimientos y aptitudes profesionales.

¡No te la puedes perder!

PRESIDENTE DE LA JORNADA

Dr. Josep C. Benítez Martínez

COMITÉ DE HONOR

Sr. Rector Magnífico. D. Vicent Climent Jordà

(Rector de la Universitat Jaume I)

Molt Honorable Sr. D. Ximo Puig i Ferrer

(Presidente de la Generalitat Valenciana)

Ilma. Sra. D.ª Amparo Marco Gual

(Alcaldesa de Castellón)

Honorable Sra. D.ª Mónica Oltra Jarque

(Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas)

Honorable Sra. D.ª Carmen Montón Giménez

(Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública)

Honorable Sr. D. Vicent Marzà Ibáñez

(Conseller de Educació, Investigació, Cultura y Deporte)

Honorable Sra. D.ª Gabriela Bravo Sanestanislaio

(Consellera de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas)

Ilma. Sra. D.ª Eva María Coscollá Grau

(Directora General de Función Pública)

Ilmo. Sr. D. Enric Porcar Mallén

(Concejal de Deportes y Educación del Ayuntamiento de Castellón)

COORDINADOR DE LA JORNADA

D. Juan José Bruñó Montesa

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D.ª Beatriz Gómez Gómez

MIEMBROS

D. Jaime Martínez Carrascal

D. Tino Silvestre Vicent

D. David Bellés Bellés

D.ª Yéntel Ballester Gil

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Dr. José Casaña Granell

MIEMBROS

D. Jesús Ramírez Castillo

D.ª Celia Parra Miró

Dr. Rafael Ballester Arnal

Dra. Rosa María Agost Canós

D.ª Rosa Marcos Reguero

Organizan:



Colabora:



#JIFE17



Programa Jornada Internacional



TALLERES SIMULTÁNEOS VIERNES - 27 OCTUBRE

01 ENTREGA DOCUMENTACIÓN (9:00 – 9:30)

10:00 – 12:00

- **D. Jesús Vicente Vidal:** "Gestión y coordinación de diferentes especialistas en un centro escolar. Políticas inclusivas en el mundo educativo y más allá de la escuela"
- **D.ª Ascensión Martín Díez:** "La psicomotricidad, un abordaje global para niños con alteraciones del desarrollo"

02 12:30 – 14:30
INAUGURACIÓN OFICIAL DE LA JORNADA (12:30)

- **D. Francesc Bañuls Lapuerta:** "Aplicación de productos de apoyo para el acceso y uso de las TIC, que permitan mejorar la participación y el funcionamiento en el aula"
- **D.ª Ascensión Martín Díez:** "La psicomotricidad, un abordaje global para niños con alteraciones del desarrollo"

03 16:00 – 18:00

- **D. Javier Merino Andrés:** "Aplicaciones del vendaje neuromuscular como herramienta complementaria para trabajar la funcionalidad"
- **D.ª María Plasencia Robledo:** "Introducción a la aplicación de nuevas tecnologías en fisioterapia pediátrica"
- **D.ª Sofía Rodríguez Uribes:** "¿Cómo programar la intervención del fisioterapeuta con el alumno-tarea-entorno, partiendo de objetivos funcionales y de equipo?"
- **D.ª Alicia Manzananas García:** "Papel de las ayudas técnicas y ortésicas en la mejora de la calidad de vida en los niños con discapacidad física"

04 18:30 – 20:30

- **D. Javier Merino Andrés:** "Aplicaciones del vendaje neuromuscular como herramienta complementaria para trabajar la funcionalidad"
- **D.ª María Plasencia Robledo:** "Introducción a la aplicación de nuevas tecnologías en fisioterapia pediátrica"
- **D.ª Sofía Rodríguez Uribes:** "¿Cómo programar la intervención del fisioterapeuta con el alumno-tarea-entorno, partiendo de objetivos funcionales y de equipo?"
- **D.ª Alicia Manzananas García:** "Papel de las ayudas técnicas y ortésicas en la mejora de la calidad de vida en los niños con discapacidad física"

CENA DE GALA (21:30)



Inauguración oficial de la Jornada

Lugar: Paranimf de la UJI
Día: viernes, 27 de octubre
Hora: 12:30h

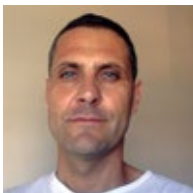
La inauguración oficial de la II Jornada Internacional del ICOFCV tendrá lugar el viernes 27 de octubre a las 12:30 h en el Paranimf de la Universitat Jaume I. Entre otras autoridades, a ella asistirán el rector de la UJI, Vicent Climent, y el decano del Colegio, Josep Benítez.

Cena de Gala

Lugar: Hotel Luz (Castellón)
Día: viernes, 27 de octubre
Hora: 21:30h

La Cena de Gala será el viernes por la noche en el Hotel Luz (Castellón). En ella, habrá un reconocimiento a los nuevos doctores de Fisioterapia y se les entregará la medalla del ICOFCV.

Ponentes de los talleres



Jesús Vicente Vidal

Es licenciado en Psicopedagogía por la Universidad Jaume I de Castellón y Diplomado en Magisterio Educación Física por la misma universidad. Actualmente es maestro de Educación

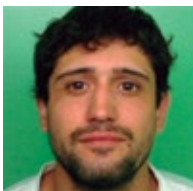
Física y Jefe de Estudios en el CEIP Mestre Vicent Artero de Castellón. Antes trabajó en el CEIP Gaetà Huguet y en el CEIP Grangel Mascaros de Alcora. Asimismo, es socio Fundador de la Asociación "Síndrome de Microdelección 5q14.3-MEF2C".



Ascensión Martín Díez

Es fisioterapeuta pediátrica y psicomotricista. Trabaja desde hace más de 25 años en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz, CDIAP de Mollet, del Ayuntamiento de Mollet

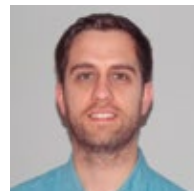
del Vallés (Barcelona). También es docente en varias universidades en las que imparte formación relacionada con la fisioterapia pediátrica. Asimismo, es miembro fundador de la Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica (SEFIP) y forma parte del equipo directivo de efisiopediatric.



Dr. Francesc Bañuls Lapuerta

Es graduado en Terapia Ocupacional y Máster universitario en atención integral a personas con discapacidad intelectual y Máster en Iniciación a la Docencia Universitaria. Doctor por la

Universidad Católica de Valencia, en la actualidad trabaja en ella como profesor. Asimismo es coordinador del Centro Autonómico de Referencia en Discapacidad, C.A.R.D Capacitas. También ha sido profesor SERVEF, Cruz Roja.



Javier Merino Andrés

Es diplomado en Fisioterapia y cuenta con un Máster oficial de "Neurocontrol motor". Asimismo, cuenta con un curso de "Mejora de respuesta educativa del alumnado con necesidades

en educación especial asociadas a discapacidad física". Ha desarrollado su carrera profesional en la Fundación Madre de la Esperanza de Talavera de la Reina, donde empezó en 2007 como fisioterapeuta y en el que sigue, actualmente en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.



María Plasencia Robledo

Fisioterapeuta pediátrica. Desde hace 9 años ejerce su labor en la Unidad de Daño Cerebral Infantil *Hermanas Hospitalarias Valencia*. Cuenta con experiencia clínica y docente en la aplicación de nuevas tecnologías en neurorehabilitación. Es

coordinadora de delegados de la Comunidad Valenciana de la SEFIP. También ha sido cofundadora y fisioterapeuta de la Asociación ACAVALL (Asociación de terapias asistidas con animales) durante 5 años.



Alicia Manzananas García

Es diplomada en Fisioterapia, postgraduada en Fisioterapia Pediátrica y en Actividad Física Adaptada, y Máster en Psicología, Salud y Calidad de Vida. Desde 2004 es docente en la

Universidad Internacional de Catalunya en el Grado en Fisioterapia, Postgrado y Máster de Fisioterapia en Pediatría. También es docente en formaciones relacionadas con la marcha y las ayudas ortésicas. Asimismo, es miembro de la Junta Directiva de la SEFIP y directora de efisiopediatric.

Programa Jornada Internacional



PONENCIAS

SÁBADO - 28 OCTUBRE

8:30 - 9:00

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**Mesa 1: Presente y futuro de la fisioterapia en centros educativos**

9:00 - 9:45

D.ª Sofía Rodríguez Uribes:

"El fisioterapeuta en la escuela como miembro de un equipo interdisciplinar que trabaja a través de objetivos funcionales y de participación"

D.ª Marta Casbas Mourelle:

"El apoyo al docente y la intervención en el aula: la participación y los objetivos motores a partir de las rutinas y actividades escolares"

9:45 - 10:30

D. Evelio Garijo Saiz:

"Codificación espacio-temporal del mundo y la cognición a partir del movimiento: papel del fisioterapeuta infantil más allá de la patología del movimiento"

10:30 - 11:15

Mesa 2: Posicionados para aprender

12:15 - 13:15

Dra. Ginny Paleg:

"Positioned for Learning: Focus on the Child who is Non-ambulatory (GMFCS IV and V)"

Mesa 3: La Fisioterapia respiratoria en el siglo XXI

15:30 - 16:15

D.ª Vanesa González Bellido:

"Técnicas de aclaración mucociliar en niños con patología neurológica"

16:15 - 17:00

D. Pedro Vergara Lozano:

"Manejo de las secreciones bronquiales en el parálítico cerebral grave y profundo"

Mesa 4: Actualización en el manejo de la patología neuro-ortopédica infantil

18:00 - 18:45

D. Ignacio Martínez Caballero:

"Manejo terapéutico de las alteraciones musculoesqueléticas en parálisis cerebral infantil"

18:45 - 19:30

D. Sergio Lerma Lara:

"El análisis tridimensional del movimiento en niños con PCI"

20:00

CLAUSURA

Ponentes de la Jornada Técnica



Sofía Rodríguez Uribes

Es fisioterapeuta y cuenta con 27 años de experiencia como fisioterapeuta en colegios ordinarios y específicos de Castilla la Mancha. Formada en neuropediatría y en el Concepto Bobath para el tratamiento especializado de la Parálisis Cerebral. Co-autora del libro “La fisioterapia en la escuela”, tiene experiencia docente sobre la intervención con el alumno con discapacidad motriz. También imparte un taller específico el viernes por la tarde (*) Consultar programa en página 8.



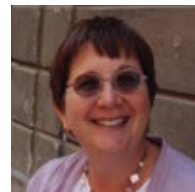
Marta Casbas Mourelle

Es fisioterapeuta y logopeda. Actualmente trabaja como fisioterapeuta del Servei Educatiu – Equip d’Orientació de l’Eixample de Barcelona, en el que está desde 2005. Anteriormente, trabajó como fisioterapeuta en Educación Especial en diferentes centros públicos de Cataluña. Asimismo, es docente del Postgrado y Máster de Fisioterapia Pediátrica de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) y en otros cursos. En la actualidad es miembro de la Junta de la SEFIP.



Evelio Garijo Saiz

Es licenciado en Psicología y en Psicopedagogía. Máster en neuropsicología clínica y doctorando en Psicobiología. Actualmente es docente en el Máster de Neuropsicología Clínica de la Universidad Virtual de Valencia (VIU). También es director del centro de neurodesarrollo SOMRIURE en l’Alcúdia (Valencia), neuropsicólogo del Centro de Estimulación Cognitiva (CEC) de Valencia y del centro de neurodesarrollo CREIXENT en Moncada (Valencia), entre otros más.



Dra. Ginny Paleg

Es fisioterapeuta pediátrica de *Silver Spring*, Maryland. Posee una amplia experiencia en diferentes instituciones sanitarias de EEUU, como el NIH Clinical Center, Children’s Hospital de Washington y The Hospital for Sick Children en Washington, junto con una destacada práctica privada de atención domiciliaria tanto en niños y adolescentes como en personas adultas con PCI. Máster en Fisioterapia y Doctorado en Ciencias de Fisioterapia.



Vanesa González Bellido

Es fisioterapeuta especialista en fisioterapia respiratoria. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud y Máster Interuniversitario en Estudio y Tratamiento del Dolor. Actualmente trabaja como profesora del Grado de Fisioterapia en la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid y también es directora General de Fisiobronquial, Centro Especializado en Fisioterapia Respiratoria.



Dr. Pedro Vergara Lozano

Es diplomado en Physiothérapie et Kinésithérapie Respiratoire por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia. Además, es licenciado en Kinesiología y Fisiatría y doctor en Fisioterapia. Ha sido profesor Titular de Escuela Universitaria de la Universidad de Valencia. Cuenta con 117 trabajos publicados en revistas nacionales e internacionales, 592 comunicaciones presentadas en Congresos Nacionales e Internacionales, y ha impartido 364 cursos y seminarios.



Dr. Ignacio Martínez Caballero

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatológica, es doctor en Medicina (tesis doctoral sobre cirugía multi-nivel en Parálisis Cerebral Infantil). Su actividad profesional está centrada en Neuro-Ortopedia Pediátrica desde 1994. En la actualidad es el responsable de la Unidad de Neuro-Ortopedia Pediátrica del Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Niño Jesús de Madrid (servicio de Referencia a nivel nacional para el Sistema Nacional de Salud).



Dr. Sergio Lerma Lara

Es fisioterapeuta, Máster en Estudio y Tratamiento del Dolor y doctorado por la universidad Rey Juan Carlos. En la actualidad es profesor titular e investigador en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle (Univ. Autónoma de Madrid), ocupando el cargo de decano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Ha sido jefe del servicio de Fisioterapia del IRF La Salle, donde ha combinado la asistencia clínica con la docencia práctica durante los últimos 4 años.

Datos de interés sobre la Jornada Internacional

Sorteo de 6 inscripciones para nuestros colegiados

Desde el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana queremos facilitar la formación y premiar la colaboración en la divulgación de la Fisioterapia. Por ello, hemos decidido sortear 6 inscripciones al evento entre nuestros colegiados. Se trata de un doble sorteo, uno en Facebook y otro de creatividad, en cada uno se repartirán 3 entradas al evento. ¡Tienes hasta el 17 de octubre para participar!

Sorteo en Facebook

Para poder participar, el colegiado fan tendrá que darle al *#Megusta y/o compartir* las publicaciones relacionadas con la Jornada Internacional que publiquemos hasta el día 17 de octubre en nuestra página oficial en Facebook. Cada participante obtendrá un número por cada publicación en la que interactúe. Cuantas más comparta, más opciones.

Sorteo Creatividad

Aquellos colegiados que deseen participar en este sorteo deben enviar antes del 17 de octubre al correo administracion@colfisiocv.com un dibujo/creatividad sencillo que muestre qué imagen refleja en su opinión la fisioterapia en el tratamiento de personas con discapacidad funcional, cómo la representaría.

Ambos sorteos se realizarán el día 20 de octubre a las 12:00 h. en la sede oficial del ICOFCV en Valencia.



#JIFE17



Servicio de transporte gratuito para colegiados ICOFCV

El ICOFCV pondrá a disposición de todos los colegiados que asistan a la Jornada un servicio de autobuses gratuitos. Para la ida, habrá disponible transporte tanto el viernes 27 como el sábado 28 de octubre por la mañana; para la vuelta, el sábado al terminar la Jornada.

En Alicante, los autobuses saldrán desde el Hospital Público Universitario San Juan de Alicante, en Valencia desde la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València, y en Castellón desde la Estación de Autobuses.

Para poder beneficiarse de ello, deberán comunicarlo a la secretaría técnica del evento antes del 19 de octubre de 2017.



(*) La prestación de este servicio está sujeta a un mínimo de inscritos.

Créditos para los estudiantes de la UJI

Todos los estudiantes universitarios de la UJI que se inscriban a la Jornada conseguirán la convalidación de 1 crédito si asisten los dos días y 0,5 créditos si asisten un día.



SCRÍBETE

JORNADA INTERNACIONAL

ANIMF DE LA UJI (CASTELLÓN)



En esta cuarta edición, que se celebró el 8 de septiembre con motivo del Día Mundial de la Fisioterapia, han participado más de 35 clínicas de Castellón, Valencia y Alicante

El ICOFCV ha recaudado fondos para las personas con discapacidad física en su IV Jornada Solidaria

El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) festejó el *Día Mundial de la Fisioterapia*, que se conmemora el 8 de septiembre, uniendo fisioterapia y solidaridad. El Colegio celebró la *IV Jornada Solidaria*, en la que ha recaudado fondos a favor de la Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de la Comunidad Valenciana (Codifiva).

Esta cuarta edición ha contado con el apoyo de más de 35 clínicas de Castellón, Valencia y Alicante. Estas han donado parte de la recaudación que hicieron el 8 de septiembre, al tiempo que recogieron en huchas los donativos que a lo largo del día hicieron pacientes, familiares, amigos, etc.

Además de la recaudación de fondos, el ICOFCV y las clínicas adscritas han realizado una importante labor informativa y divulgativa, dando a conocer los principales problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad física y cómo la fisioterapia les ayuda a mejorar su calidad de vida.

En esta línea, el Colegio ha contado un año más con la colaboración de la emisora Onda Cero, la cual ha realizado difusión gratuita de la Jornada así como una entrevista al coordinador de la Jornada, Jesús Ramírez, para dar a conocer a la sociedad la celebración de esta acción, y otra al presidente de Codifiva, Jaime Utrillas, y a nuestro colegiado José María Torrent, fisioterapeuta en la asociación, para explicar los beneficios de la fisioterapia en las personas con discapacidad.



De izqda. a dcha.: José María Torrent y Jesús Ramírez en Onda Cero. Abajo recortes de prensa publicados con motivo de la Jornada Solidaria



El decano del Colegio de Fisioterapeutas, Josep Benítez, ha destacado que es clave potenciar acciones como esta, "que nos permitan facilitar recursos económicos a asociaciones pequeñas que necesitan mucha ayuda, así como potenciar la labor que tenemos los fisioterapeutas para ayudarles, en este caso, a mantener y mejorar sus capacidades físicas para incrementar su autonomía personal en la medida de lo posible".

El presidente de Codifiva, Jaime Utrillas, ha dado las gracias al Colegio de Fisioterapeutas por su apoyo y ha recalado que esta colaboración es muy importante para la asociación y para las personas con discapacidad física "no sólo económicamente, sino también porque resalta los beneficios que aporta la fisioterapia para nuestro colectivo, dándonos visibilidad y ayudándonos a llegar más a la sociedad".



A todas las clínicas
que se han sumado
a la IV Jornada
Solidaria así como
a las entidades
colaboradoras
¡GRACIAS!

CASTELLÓN

Centre de Fisioteràpia Vèrtebres (Castellón)
Centro de Fisioterapia Irene Fandos (Nules)
Clínica AM Fisioterapia y Osteopatía (Castellón)
Clínica de Fisioterapia Silvia Fuertes (Castellón)
Clínica Granell (Castellón y Burriana)
Clínica Medefis (Vila-Real)
Clínica Vidal (Alcora)
Corporalment (Castellón)
Fisio Salud (Castellón)
Kinesis (Benicàssim)
Rehabilitación y Fisioterapia Castellón (Castellón)

VALENCIA

Centro Avanzamos (Gandía)
Clínica David Marcos (Villalonga)
Clínica de Fisioterapia I+D (Valencia)
Clínica de Fisioterapia Fisocabanyal (Valencia)
Clínica La Patacona (Alboraia)
Clínica Podológica/Biomecánica y Fisioterapia Nacho Peris (Valencia)
Clínica Roses Fisioterapia y Rehabilitación (Xàtiva)
Clínica Sánchez (Valencia)
Clínica J.J.Boscà-Fisioterapia y Osteopatía (Tavernes la Valdigna)
Fisioterapia y Osteopatía Vera Moltó Sevilla (Valencia)
Fisioterapia Víctor Lapeña (Valencia)
Osteofisio Valencia (Valencia)
Stillness Espai de Salut (Valencia)

ALICANTE

Clínica de Fisioterapia ECOM (Ibi)
Fisionatura (Alfaz del Pi)
FISIOSAN C. fisioteràpia i recuperació funcional (Sant Joan d'Alacant)

ENTIDADES COLABORADORAS

Generalitat Valenciana
Ayuntamiento de Castellón
Ayuntamiento de Valencia
Concejalía de Acción Social de Alicante
Onda Cero

8 de septiembre, Día Mundial de la Fisioterapia

Llevar una vida más activa en beneficio de la salud

Este año, el lema elegido por la *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* para celebrar el *Día Mundial de la Fisioterapia*, el 8 de septiembre, fue "*Actividad física para la vida*". El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana se sumó a este mensaje y recordó a la sociedad la importancia de llevar una vida más activa para estar más saludable.

De hecho, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad y la responsable del 6% de las muertes en todo el mundo". Pese a ello, a nivel mundial, alrededor del 26% de los adultos no son lo suficientemente activos y pasan excesivas horas del día sentados.

El Colegio de Fisioterapeutas subrayó que el movimiento es salud. "Está demostrado que la actividad física mejora la capacidad respiratoria, la salud muscular y reduce el riesgo de numerosas afecciones como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la hipertensión, la demencia, la artritis, la obesidad, la depresión, etc.". Al mismo tiempo defendieron el papel del fisioterapeuta como profesional cualificado en movimiento y ejercicio terapéutico, una de las principales herramientas del tratamiento fisioterápico.



El Colegio de Fisioterapeutas es una de las ocho entidades que forman parte de ella. El objetivo es promover una ciudadanía comprometida con los Derechos Humanos, especialmente con el Derecho a la Salud

Nace la Red Sanitaria Solidaria de Alicante

El Ayuntamiento de Alicante acogió la presentación de la Red Sanitaria Solidaria de Alicante (RSSA). Al acto acudieron los representantes de las entidades que conforman la Red en esta primera fase de funcionamiento (se prevé se ampliará en los próximos meses) entre ellas, el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV).

Las ocho entidades miembro firmaron un convenio de colaboración que permitirá poner en marcha actividades conjuntas en materia de cooperación y salud global con la finalidad de promover una ciudadanía alicantina crítica y comprometida con los Derechos Humanos y especialmente con el Derecho a la Salud.

Además de la concejala de Cooperación y Acción Social, Julia Angulo y la representante de la junta directiva de la ONGD Medicusmundi de



la Comunidad Valenciana-Alicante, Begoña Seguí, la firma del convenio contó con la presencia del secretario del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, José Casaña Granell. También estuvieron los presidentes del Colegio de Médicos, de Farmacéuticos y de Enfermería de Alicante. Y representantes de la Uni-

versidad de Alicante y de la Miguel Hernández de Elche.

La plataforma ofrecerá a estudiantes y profesionales del sector de la Salud las herramientas necesarias para tener un mayor conocimiento sobre aspectos relacionados con la cooperación y la salud global.

Apoyo al proyecto solidario "Runnersforethiopia"

El Colegio facilitó parte del material que la expedición, liderada por nuestro colegiado Jordi Reig, llevó al país

Nuestro colegiado Jordi Reig, fisioterapeuta y triatleta, lidera el proyecto "Runners for Ethiopia" que un año más ha vuelto a llevar al país africano material deportivo y fisioterápico. Parte de este último ha sido aportado por el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, uno de los colaboradores de esta iniciativa solidaria.

La expedición que viajó a Etiopía la formaban 48 personas, 26 de ellas fisioterapeutas. En total, llevaron unos 200 kg de material de fisioterapia (camillas, vendas, agujas para aplicar fisioterapia invasiva, etc.) y unos 800 kg de material deportivo

El objetivo principal de este proyecto es tratar a los atletas locales y realizar un interesante proyecto de formación a profesionales locales en los ámbitos de la fisioterapia, readaptación, entrenadores, preparadores físicos, medicina deportiva y enfermería.

Jordi Reig agradeció la colaboración del ICOFCV y afirmó que "todo el material que nos aportan es importante pero contar con el apoyo de un Colegio profesional es muy grande y confiamos en ir ampliándolo". Asimismo, el impul-



sor del proyecto subrayó que estaban "muy contentos porque esta vez hemos recaudado material para dejarles cubierto todo el año".

El ICOFCV y Special Olympics renuevan su acuerdo de colaboración

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana y Special Olympics han renovado un año más su convenio de colaboración. Con ello, ambas entidades se comprometen a seguir aunando esfuerzos para consolidar, potenciar y difundir el programa de salud de fisioterapia FUNfitness dentro de las actividades deportivas para deportistas con discapacidad intelectual.



Special Olympics es un entidad que forma parte del Comité Paralímpico Español y está reconocida por el Consejo Superior de Deportes y por el Comité Olímpico Internacional. Tiene como objetivo social la organización y promoción del deporte entre el colectivo de personas con discapacidad intelectual y ayudar en su completa integración en la sociedad.

Fisioterapeutas, podólogos y dietistas-nutricionistas, con la Maratón de Valencia

El objetivo es trabajar de manera coordinada con la dirección médica de la carrera para dar la mejor atención sanitaria a los corredores de la prueba, que tendrá lugar el próximo 19 de noviembre

El decano del Colegio de Fisioterapeutas, Josep Benítez, y sus homólogos del Colegio de Podólogos, M^a Teresa García, y Dietistas-Nutricionistas, Alma Palau, se han reunido con el director médico de la Maratón de Valencia, Luis Cort, en la sede de la Fundación Trinidad Alfonso.



El objetivo principal es trabajar de manera conjunta para coordinar la participación de los respectivos profesionales e identificar las necesidades que permitan dar la mejor atención sanitaria a los corredores de esta prueba que tendrá lugar el 19 de noviembre.

Si el movimiento es salud...
y si la fisioterapia te ayuda a moverte...

Fisioterapia por tu salud



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

“Antes de parar, acude a tu fisioterapeuta”

Los fisioterapeutas del Hospital de Denia ganan el Premio Investigación en materia de Enfermería 2016

El Hospital ha reconocido el gran trabajo desarrollado por nuestros colegiados Mariano Martín-Macho y Adrián Ventero con la implantación de la Fisioterapia Invasiva en la Sanidad Pública

Nuestros colegiados recibieron el galardón durante la V Jornada Científica del Departamento de Salud de Denia. "Sin duda es un importante reconocimiento tanto personal como profesional la lucha y trabajo desarrollado para introducir esta técnica en la sanidad pública y que los ciudadanos puedan beneficiarse de sus ventajas. Además, es una enorme satisfacción porque pone en valor la fisioterapia ya que, por primera vez, le hemos arrebatado el premio a enfermería", subraya Mariano Martín-Macho.

El balance de este primer año desde la implantación de la Electrolisis Percutánea Musculo-esquelética (EPM) en el Departamento de Salud y la experiencia del paciente intervenido con Fisioterapia Invasiva ecoguiada es muy positivo. "Hemos atendido a más de 100 pacientes y se han hecho más de 400 sesiones. La respuesta del usuario es muy buena, de hecho, tenemos casos de pacientes que han tenido otro problema después y han solicitado al médico que los envíe para recibir tratamiento", explica el supervisor de Fisioterapia de Denia.

Dado el éxito obtenido, el equipo ha participado explicando esta experiencia en el XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria celebrado en marzo de 2017 en Sevilla y en el II Congreso Internacional de Fisioterapia Invasiva que tuvo lugar en octubre del año pasado en Madrid.

Este equipo de fisioterapeutas decidió apostar por la Electrolisis Percutánea musculo-esquelética tras corroborar el gran número de personas



De izqda. a dcha.: Adrián Ventero y Mariano Martín-Macho.
Abajo nuestros colegiados con el resto de premiados



que sufren patologías asociadas al aparato locomotor y el elevado coste que ocasiona en el sistema nacional de salud (citas médicas, infiltraciones, sesiones de fisioterapia convencional, etc.). Ante ello, realizaron un estudio de su efectividad y lo presentaron a la dirección del Hospital, que tras conocerlo aceptó su incorporación a la cartera de servicios.

El estudio confirmó que el dolor en los pacientes tratados se reducía, presentando inicialmente una media

en su estado basal de 7,3 y una media de 2,1 en la escala EVA tras finalizar el tratamiento. Además supone un ahorro económico puesto que han reducido el número de sesiones de fisioterapia en comparación con el tratamiento convencional.

Mariano Martín-Macho subraya que ahora cuentan "con los últimos avances en fisioterapia invasiva, que han demostrado ser muy eficaces frente a otros tratamientos, especialmente para las tendinopatías crónicas".

Una prueba diagnóstica impulsada por nuestro colegiado Manuel Sos recibe el premio al mejor artículo científico vascular del año

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular ha elegido el artículo científico "Eco Johiliss (GEC-E). Prueba simplificada para diagnóstico de estenosis carotídea mediante ecografía doppler" como el mejor artículo original publicado durante el último año en la revista científica Angiología (número mayo-junio 2016).

El premio valora la nueva prueba diagnóstica Eco Johiliss que permite detectar precozmente enfermedades cardiovasculares y que ha sido diseñada por el recién egresado del Grado de Fisioterapia de la Universidad CEU Cardenal Herrera (se graduó el pasado 26 de junio) y colegiado del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, Manuel Sos, y por la doctora del Hospital General Universitario de Castellón, Johissy Briones.

Eco Johiliss está "diseñada expresamente para aplicaciones de cribado. Utiliza ecografía doppler sobre el cuello del paciente, una técnica inocua, cómoda e indolora. Y clasifica a los pacientes en cuatro grupos que determinan sus necesidades de seguimiento, permitiendo optimizar los



tratamientos, reducir listas de espera y evitando enfermedades o reduciendo su impacto".

Manuel Sos destacó que "la fisioterapia puede realizar un gran papel en el ámbito vascular" y recordó que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad a nivel mundial -solo en España son responsables del 30% del total de fallecimientos, causando más de 115.000 defunciones cada año- y que Eco Johiliss puede ayudar a reducir significativamente estas cifras.

Accede a la Plataforma del Conocimiento

Recuerda que como colegiado del ICOFCV puedes acceder y ampliar conocimientos a través de la primera red de recursos compartidos para fisioterapeutas de toda España.

En la Plataforma encontrarás multitud de recursos destacados, libros y artículos científicos de fisioterapia; libros de la prestigiosa editorial Panamericana; manuales y guías de apoyo a la investigación; revistas nacionales e internacionales en Open Access sobre Fisioterapia, el nuevo atlas de anatomía 3D, etc.

Puedes acceder a ella desde la zona privada, "colegiados", de nuestra web. ¡Aprovecha este recurso!

www.colfisiocv.com.



MÁSTER UNIVERSITARIO EN REHABILITACIÓN DEL ENFERMO NEUROLÓGICO

60 ECTS | Octubre a Julio



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Campus Torrent (Valencia)
Tel. 96 3637412
www.ucv.es

El estudio ha sido desarrollado por un grupo de investigadores del que han formado parte nuestros colegiados Juan José Amer y Vicente Benavent

Un estudio certifica la efectividad clínica del uso del TENS para reducir el dolor en las histeroscopias

La electroestimulación nerviosa transcutánea, conocida como TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) reduce de forma efectiva el dolor de las histeroscopias, una prueba clínica que permite al ginecólogo ver el interior del útero por medio de una endoscopia. Así lo ha validado un ensayo clínico realizado por un grupo de seis investigadores de Medicina, Fisioterapia y Enfermería de la Universidad CEU Cardenal Herrera, liderado por el ginecólogo y profesor del Grado en Medicina en Castellón, Alejandro Marin-Buck. Un equipo del que han formado parte dos colegiados del ICOFCV, los fisioterapeutas Juan José Amer y Vicente Benavent.



(De Izqda. a dcha.): Los investigadores Juan José Amer, Alejandro Marin-Buck, y Juan Francisco Lisón, miembros del equipo autor del ensayo clínico

La histeroscopia es un procedimiento eficaz para identificar y tratar lesiones en el útero, pero su mayor obstáculo es el dolor que provoca a las pacientes, que hace que sea una prueba muy incómoda, llegando en algunos casos a impedir poder finalizarla. El estudio, realizado en 138 pacientes, ha corroborado que el uso del TENS en la misma reduce el dolor sin tener que recurrir a la sedación ni al uso de analgésicos por vía intravenosa.

Este estudio, que forma parte de la tesis doctoral de Alejandro Marin-Buck, ha sido portada de la prestigiosa revista médica *Obstetrics & Gynecology*, primera publicación mundial de obstetricia y la segunda más importante a nivel internacional en el ámbito de la ginecología.

Aunque existe algún estudio precedente que ya había abordado la aplicación del TENS en pruebas gi-

necológicas, este es el primer ensayo clínico que define todos los parámetros de intensidad, duración, frecuencia, amplitud de onda y posición de los electrodos para que el TENS sea realmente efectivo en la reducción del dolor en las histeroscopias.



Ha sido portada de la prestigiosa revista médica *Obstetrics & Gynecology*, primera publicación mundial de obstetricia



Éxito del curso de ATM. El monográfico "Tratamiento fisioterápico de las disfunciones de la articulación temporomandibular (A.T.M)" obtuvo una gran respuesta por parte de los colegiados. Este fue impartido por Juan José Boscà, que cuenta con una dilatada experiencia en este campo.

Si eres colegiado del ICOPCV y lees tu tesis doctoral, ponte en contacto con nosotros



Solicitamos a todos los fisioterapeutas colegiados que lean su tesis doctoral, que nos avisen y nos envíen información de la misma. El objetivo principal es dar difusión en esta revista a todos los trabajos de investigación en Fisioterapia.

FORMACIÓN INTEGRAL EN OSTEOPATÍA OBTENCIÓN DEL D.O EUROPEO

Convocatoria 1.º Ciclo de estudios (Estructural)
Exclusivo para Fisioterapeutas. Año Académico 2017/2018:

MÁSTER EN TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS DEL APARATO LOCOMOTOR

SEDES COMUNIDAD VALENCIANA:

ELCHE:
666 77 97 15

elche@escuelaosteopatiamadrid.com

VALENCIA:
961 05 30 19/95 58 43 83

valencia@escuelaosteopatiamadrid.com

91 883 39 10

www.escuelaosteopatiamadrid.com
centralosteopatia@escuelaosteopatiamadrid.com



Olga del Pozo, Alexis Müller, M^a José Llácer, Alfonso Calvo y Enrique LLuch, nuevos Doctores



Un total de 18 pacientes diagnosticados con síndrome del túnel del carpo bilateral (STC) fueron evaluados en cuanto a la percepción del dolor y la función de las extremidades superiores. Los objetivos principales del estudio fueron comprobar los efectos de la terapia del espejo sobre el dolor y la función de los pacientes diagnosticados con STC bilateral. Asimismo, también se intentó determinar si existía relación entre el grado del catastrofismo asociado al dolor y la percepción del dolor, y si el catastrofismo asociado al dolor es un factor pronóstico en los efectos de la terapia del espejo en la patología estudiada.

Las conclusiones obtenidas fueron:

1. La terapia del espejo tiene un efecto sobre la disminución del dolor pero no sobre la función de las extremidades superiores en los pacientes con STC bilateral.
2. El grado de catastrofismo guarda relación con el grado de dolor percibido por el paciente.
3. El catastrofismo asociado al dolor no es un factor pronóstico en los resultados de la terapia del espejo respecto al dolor.

Olga del Pozo Blanco

Fisioterapeuta, Doctora y Colegiada 457

Tesis "Efectos sobre el dolor y la función de la terapia del espejo en el síndrome del túnel del carpo bilateral"



Olga del Pozo leyó su tesis el 14 de julio en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Reus (Tarragona), la cual ha sido dirigida por Sònia Monterde Pérez. El tribunal, formado por los doctores Isabel Salvat, César Calvo y Emilio González le otorgó la calificación de excelente.



Ha sido una tesis conjunta entre la Universidad de Valencia y la Universidad de Bruselas (Vrije Universiteit Brussel) presentada por compilación de 5 artículos científicos publicados en revistas de impacto.

Los dos primeros artículos son revisiones demostrando que la sensibilización central influye en el dolor de algunos pacientes con artrosis. El tercero es un estudio experimental en pacientes con artrosis de rodilla que determinó que una mayor extensión del área recogida en mapas de dolor guardaba relación con variables empleadas para medir la sensibilización central. El cuarto artículo presentó los fundamentos teóricos para la aplicación de un programa de Fisioterapia combinando técnicas de terapia manual y la educación en neurociencia del dolor en dichos pacientes. En el quinto se presenta un ensayo clínico aleatorizado que evaluó un programa de tratamiento fisioterápico preoperatorio combinando educación en neurociencia del dolor con terapia manual en sujetos con artrosis de rodilla. Sólo se obtuvieron efectos superiores en el grupo que recibió educación en neurociencia del dolor junto con terapia manual de la rodilla en las variables psicosociales relacionadas con el catastrofismo y la kinesiofobia (miedo al movimiento).

Enrique Lluch Girbés
Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 108

Tesis "Effect of neuroscience education on subjects with chronic knee pain related to osteoarthritis: a randomized controlled trial"



Enrique Lluch defendió su tesis el 14 de julio en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. Su trabajo, que ha sido dirigido por Jo Nijs y José Sánchez-Frutos, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por parte del tribunal, que estuvo formado por José Antonio Vega, Rosario Zurriaga y Jean-Pierre Baeyens.



La rehabilitación tras la artroscopia de cadera es un componente esencial de los resultados clínicos del proceso. Existe una escasez de evidencia en torno a los protocolos de rehabilitación post-operatorios después de la artroscopia de cadera por choque femoroacetabular (CFA).

Para el estudio fueron reclutados 90 individuos operados mediante artroscopia de cadera por choque femoroacetabular, los cuales fueron analizados mediante pruebas funcionales y escalas validadas.

Se determinó y analizó el efecto sobre dolor y el rango de movilidad (ROM) de un tratamiento protocolizado de fisioterapia especializada en sujetos intervenidos de síndrome femoroacetabular mediante artroscopia frente a sujetos con tratamiento de fisioterapia convencional. Se realizó un estudio clínico analítico controlado y aleatorizado en dos grupos de 45 individuos.

Como conclusiones, las pruebas ortopédicas evaluadas, la media del ROM y del dolor mejoraron en gran medida su resultado tras la aplicación del protocolo en el grupo de intervención con respecto al grupo de control, estableciendo el primer protocolo a nivel internacional con evidencia científica.

Alexis Müller Torrente

Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 1655

Tesis "Análisis de la efectividad del tratamiento fisioterápico protocolizado supervisado en la recuperación del rango de movilidad y dolor tras cirugía artroscópica por choque femoroacetabular"



Alexis Müller defendió su trabajo, dirigido por José Martín Botella, el 20 de julio en la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche. El tribunal estuvo formado por los doctores M^{ra} Ángeles Franco, Jaume Vicente Morera y Pedro José Antolinos, quienes la calificaron con un notable.



El aumento de la carga de trabajo sobre las Unidades de Fisioterapia repercute en el trabajo del fisioterapeuta, que ha ido disminuyendo el tiempo que dedica a la atención en función del incremento de la carga asistencial. Esta mayor presión asistencial ¿puede estar repercutiendo en los resultados clínicos y funcionales?, ¿está afectando a la calidad asistencial?, ¿la mejoría clínica del paciente, guarda relación con la calidad percibida?

Un total de 219 sujetos clasificados en 6 grupos en función de la localización de su patología han sido valorados clínicamente y funcionalmente al inicio y final del tratamiento de fisioterapia, además de cumplimentar el cuestionario de calidad percibida PEPAP-Q, diseñado para medir la calidad que percibe el paciente con patología en el sistema músculo-esquelético en el centro.

Los grupos que mayor mejoría clínica y funcional obtienen puntúan mejor el cuestionario de calidad PEPAP-Q, siendo el área 1 "actitudes y comportamientos del fisioterapeuta", la mejor valorada y el dominio 4 "duración de la atención", el dominio 5 "las interrupciones durante el tratamiento" y el dominio 6 "tiempo de espera durante el tratamiento" los que peores resultados han obtenido del cuestionario PEPAP-Q.

M^a José Llácer Bosch
 Fisioterapeuta, Doctora y Colegiada 3535

Tesis "Calidad percibida por el usuario con patología en el sistema musculoesquelético, de la atención recibida en la Unidad de Fisioterapia"



M^a José Llácer leyó su tesis el 24 de julio en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. Su trabajo ha sido dirigido por los doctores Felipe Querol, José Casaña y José María Tenías. La tesis consiguió la calificación de sobresaliente "cum laude" del tribunal, formado por los doctores Antonio Cuesta, Josep Benítez y Eva Segura.



Muestra de 112 jugadores de voleibol (73 hombres y 41 mujeres) entre 18 y 38 años cuyo objetivo fue relacionar el pie en estático mediante el test IPP (Índice Postura del Pie) y las características ecográficas, de funcionalidad y dolor del tendón rotuliano.

Fue un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Las variables resultado fueron escala VISA-P, EAV, diámetro A-P del tendón, imagen en escala de grises, escala de neovascularización y rango de dorsiflexión del tobillo.

Conclusiones: Los sujetos con valores negativos en el test IPP en el pie izquierdo tenían menos riesgo de afectación del tendón rotuliano izquierdo. No se detectó ningún tipo de relación entre el rango de dorsiflexión del tobillo y la imagen ecográfica. Sujetos con menores puntuaciones en VISA-P y mayores en EAV tenían mayor riesgo de imagen ecográfica alterada. El IPP no es un buen método de predicción de afectación del tendón rotuliano en voleibolistas. El diámetro A-P, ecoestructura y neovascularización son útiles para identificar jugadores con mayor o menor riesgo de esta patología.

Alfonso Calvo Gonell
Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 280

Tesis "Relación entre estructura del pie y características del ligamento rotuliano en jugadores de voleibol"



Alfonso Calvo presentó su tesis el 8 de septiembre en la Universitat Jaume I de Castellón bajo la dirección de Loreto Maciá y Joaquín Moncho. Nuestro colegiado defendió su trabajo ante el tribunal formado por Tomás Gallego, María Isabel Orts y Víctor Manuel González, quienes le dieron la calificación sobresaliente "cum laude".

Monogràfic

La buena praxis



Àmbit privat



Àmbit públic:
atenció primària



Àmbit públic:
atenció especialitzada



Gestió



Parlem amb



Normativa



Docència



Investigació



Visió perifèrica

Fisioteràpia

Buenas prácticas en la clínica privada: el restaurante



Vicent Lloret

Colegiado 2046

Director de Fisioterapia es Movimiento

Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera

Consultor de centros sanitarios en Numér1ca

¿Existe alguna diferencia entre el bar de la esquina, cerca de tu trabajo, algo lúgubre, habitualmente poco abarrotado y frecuentado por los mismos parroquianos de siempre, cerveza en mano; y "ElBulli", "Diverxo" o "Quique Dacosta"?

Nadie puede poner en duda la importancia capital que en cocina tiene la calidad del producto. ¿Puede alguien no entender qué significa producto de calidad? Un producto excelente, de aquellos que al verlos en la portada de la revista Beef! hace que se te salten las lágrimas, que puedes olerlos, sentirlos y degustarlos por la imagen. Tomates con aspecto de tomate, color y sabor de auténtico tomate, de los que se cultivan con mimo, se recogen con cariño y van directos de la huerta a la mesa.

Una buena carne, un buen pescado... el producto es el primer punto. Después viene el proceso de elaboración. La temperatura exacta de cocción, el tiempo justo para que el alimento quede en su punto. La ciencia hace tiempo se hizo hueco en la cocina y procesos como la esferificación o deshidratación permiten además de con los sabores, jugar también con las texturas y limitar las posibilidades de un plato a la creatividad del cocinero.

Hay que saber conjugar los sabores de los diferentes productos con las texturas, los colores con las salsas y maridarlos con las bebidas. Todo tiene que conjugarse en un plato para que la presentación esté a la altura del bocado. Llega el momento de emplear las pinzas para coger esos diminutos pétalos y rocas que rematarán la elaboración antes de que empiece a enfriarse el conjunto.

Y aquí es donde los fisioterapeutas, como la gran mayoría de sanitarios, entienden que finaliza su trabajo. Hasta aquí la parte técnica. Lo que tiene que ver con el cliente (término que provoca escozor en muchos colegas) queda fuera de nuestras competencias. "Yo no tengo por qué vender nada", frase que he escuchado en infinidad de ocasiones.



"Un tomate de calidad" es como podría titularse esta foto. No podemos garantizar que lo sea a través de la imagen, pero desde luego, lo parece



Aquí por el contrario no podemos garantizar que el producto sea de mala calidad o el sabor no roce lo excepcional, pero desde luego es un plato que no invita a ser comido

¿Qué podemos aprender del mundo de la cocina, que ha convertido el acto de comer en una experiencia donde el alimento es uno de los protagonistas, pero en ningún caso es el único? Reducir nuestra práctica simplemente a la aplicación de procedimientos es irreal y además no tiene sentido. La práctica privada, el negocio, la empresa, es como un restaurante. Si ponemos el foco solamente en la cocina, fracasaremos.



Tan importante, como mínimo, como la cocina, es la sala. El espacio donde los comensales disfrutarán de la experiencia gastronómica y donde cada detalle, como en el plato, cuenta

¿Qué hace que un restaurante sea buen restaurante? Este tiene también una sala, que es donde los clientes comen. Gestionar correctamente la sala implica, entre muchas otras cosas, la correcta distribución del espacio, gestión de los tiempos, dotación de personal... Si el espacio habilitado a tal fin está sucio, descuidado, si no invita a comer allí, el producto puede ser sublime, pero la experiencia nunca será completa. Si el personal es desagradable, maleducado, no es atento, tarda mucho en servir los platos... la valoración nunca será buena.

Es importante la ubicación, la cubertería, la actitud del personal, la decoración, la limpieza, la carta, la atención, los tiempos de espera, las facilidades que me den. ¿Importa solo el producto? En ningún caso. ¿Qué es lo que va a completar la percepción de calidad y nos hará plantearnos si es caro o barato el servicio que hemos recibido? No podemos olvidar nunca aquello de "no basta con ser bueno, también hay que parecerlo". ¿Parecemos tan buenos como pretendemos ser?

Para que un restaurante funcione tiene que funcionar la sala. Tiene que haber reservas, gente entrando y rotación de mesas. Tenemos que saber qué margen tenemos en cada plato, medir bien la cantidad de ingredientes que utilizamos para que sea siempre exacto (por calidad y por precio) y medir cuánta demanda tiene. Conocer mi ABC de productos (sobre todo los que más rotan), mi ABC de clientes (cuántas veces vienen, qué gastan de media...) y segmentar para poder comunicar de forma adecuada.

Una clínica es exactamente igual. Sin clientes no funciona y los negocios solamente tienen dos direcciones: o van hacia arriba o van hacia abajo. Si no le decimos a la gente que estamos ahí, si no comunicamos qué podemos ofrecerles en términos que entiendan y sepan valorar, si descuidamos la experiencia, difícilmente podremos avanzar como empresa y difícilmente avanzaremos como profesión (teniendo en cuenta que el 90% de los fisioterapeutas trabajan en clínica privada).

No somos conscientes o, más bien, no queremos ser conscientes, que somos tan buenos tratando pacientes como bien funciona nuestro centro. Me explico: contratar personal altamente cualificado/especializado, invertir en equipos que nos ayudan en el diagnóstico o tratamiento de una determinada patología, mejorar nuestras instalaciones y acondicionarlas para poder ofrecer un mejor servicio, disfrutar más y más eficientemente de nuestro tiempo libre para mantenernos equilibrados... todo depende de que nuestro negocio sea rentable.

Tenemos que eliminar esos complejos absurdos que tenemos tan arraigados. Parece que la venta está reñida con la ética cuando no es así en ningún caso. Un paciente es un cliente (salvo cuando el paciente requiere de un tutor legal). ¿Por qué descuidar la experiencia y quedarnos sólo con la parte técnica? ¿Por qué no utilizar las herramientas a nuestra disposición para llegar a la población? ¿Acaso no creemos en lo que podemos ofrecerles?

Una clínica tiene que ofrecer un servicio de calidad. No puede hacer esperar a los pacientes, tiene que atender a quien acude pidiendo información y hacerlo de forma veraz, ofreciendo lo que puede hacer en base a la formación que han estudiado y los recursos de que dispone. Tiene que garantizar el cumplimiento de los derechos de los pacientes como la privacidad de sus datos o la no invasión con publicidad si así lo ha solicitado. Tiene que tener el centro limpio y cuidado. Comprometerse al seguimiento de los casos que trata y utilizar vías de comunicación con los pacientes para aclarar dudas que puedan surgir o imprevistos en la progresión.

Nos quejamos con frecuencia de “las muchas fisioterapias”. Fisioterapia solo hay una. Fisioterapeutas haciendo una malinterpretación de la fisioterapia, demasiados. Nosotros somos los especialistas en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento, es decir, síntomas y mecánica en relación a dirección, acción y función. Tenemos que valorar a los pacientes que acuden a nosotros y uno de los puntos que más pasamos por alto en la valoración del paciente es la gestión de sus expectativas. ¿Tenemos claro por qué viene a vernos? ¿Podemos ofrecerle aquello que nos pide? Hacemos más “fisioterapeuta” que fisioterapia. Aplicamos técnicas y procedimientos en base a nuestras preferencias, creencias y experiencias que a lo que nos está pidiendo el paciente. Seguimos siendo más de aplicar que de acompañar, o al menos de acompañar con calidad.

Pasamos el 90% del tiempo en consulta haciendo (ya sea aplicando técnicas, explicando o haciendo escucha activa) pero dedicamos poco tiempo a ver cómo hace, si integra, se adhiere. ¿Lo hace suficientemente? ¿Lo hace bien? ¿Lo hace? Esa parte sigue siendo, a mi parecer, insuficiente.

Si no medimos no podemos aplicar cambios susceptibles a producir mejoría. Si no sabemos cómo fluctúan nuestros ingresos, no podremos medir de qué variables dependen. Si no tenemos un registro del número de sesiones por motivo de consulta, no podremos buscar patrones y ver desviaciones. Si no segmentamos a nuestros clientes, no podremos enviarles información relevante que pueda ser para ellos interesante y pueda ayudarles a mejorar.

La buena práctica, en términos técnicos, creo, la tenemos bastante clara (o deberíamos). Hay literatura que respalda con más o menos peso las distintas aplicaciones a los distintos cuadros clínicos a los que nos enfrentamos diariamente. Fisioterapia de calidad no debe ser una coletilla como contemporánea o moderna para diferenciarse de lo que hace el compañero de la acera de enfrente. Es



Tenemos los ingredientes, sabemos cocinarlos y debemos hacer que luzcan, que sean atractivos y sugerentes. No seamos la hamburguesa flotando en salsa

un concepto aspiracional al que debemos tender y que engloba toda la experiencia que tiene nuestro cliente.

¿Quién mide si somos buenos o malos fisioterapeutas? ¿Quién nos valora a nosotros y decide? ¿El resto de compañeros? ¿Otros profesionales? ¿O nuestros clientes? Porque si son estos últimos de quien dependerá mi actividad, no van a poder medirme en términos que desconocen. Entonces, ¿cómo medimos la calidad? Desde luego no en aspectos técnicos. Tiene que ver con efectividad en términos de satisfacción, superación de expectativas.

Cuando comprendamos la importancia que todos y cada uno de los parámetros tienen para completar la experiencia del cliente y entendamos que el foco no puede recaer solamente en aquello que nos gusta, podremos “profesionalizar” la fisioterapia. Hasta entonces, seguiremos preguntándonos por qué la gente sigue acudiendo al quiropráctico de la acera de enfrente si soy yo quien hace la mejor sobrepresión a final de rango de toda mi promoción.

No tengo ninguna duda de que nuestra profesión ha dado un increíble salto en lo que a ser críticos y exigentes con nosotros mismos se refiere. Ahora ha llegado el momento de que todo eso lo pongamos en un plato con estilo, le añadamos la especia ideal y saquemos pecho, para que así nuestro cliente pueda apreciar en un lenguaje cercano a él todo lo que la fisioterapia (y no solo el fisioterapeuta) puede ofrecerle.

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.



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.

Responsables de nuestra labor profesional



José Vicente Benavent Cervera

Colegiado 1060

Doctor en Fisioterapia y fisioterapeuta en el Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
Profesor del Departamento de Salud de la Universidad Europea de Valencia

El director de la revista de nuestro colegio *Fisioteràpia al Dia*, mi buen amigo el Dr. González me ha propuesto que hable de la buena o mala praxis que los fisioterapeutas podemos tener en el ejercicio de nuestro trabajo diario en los centros de atención especializada (hospitales). Por supuesto que no es mi labor (desde esta tribuna) criticar ni alabar la labor de nadie, pero sí que puedo opinar sobre cuál sería a mí entender, en algunos aspectos, lo que creo que se puede hacer en un centro hospitalario con respecto al tema que nos incumbe.

No voy a opinar si es buena o mala praxis no cumplir el horario establecido en la institución (y más si ese día no ha venido el jefe), si delimito mi trabajo a lo "justo y necesario", si opino injustamente de manera negativa del compañero o compañera que trabaja más que yo y me pone en evidencia, o todo lo contrario, si despotrico (a veces con justicia) de los que "no dan un palo al agua", si me llevo material del centro a mi clínica, si trato con descortesía a los pacientes, si voy de divo porque he hecho un curso de nueva factura y quiero humillar a mis compañeros demostrándolo con pacientes, aun a consciencia que no es el tratamiento más adecuado en ese momento. Eso, colegas, para mí queda en la conciencia de cada uno. Para mí sería mala praxis si todo lo anterior repercute en nuestra capacidad terapéutica.

Desde que éramos una especialidad de ATS (¡¡¡¡ han pasado años!!!) hemos estado alegando que nuestro cometido era un mero dictamen de estancias supe-



riores donde se nos dirigía el tratamiento y nosotros lo teníamos que realizar a "pies juntillas".

Bien, ahora que ya somos un estamento con categoría científica, reconocidos socialmente, resulta que seguimos quejándonos de lo mismo, si bien es verdad que no todos con la misma intensidad. Pues para mí que debemos ponernos las pilas y plantearnos que la buena praxis estriba en que si tenemos a nuestro alcance la capacidad terapéutica de realizar el mejor tratamiento lo hagamos, en que si en nuestras manos está el ponerlos al día con las nuevas tecnologías

lo hagamos. Tenemos la EVES (Escuela Valenciana de Estudios de la Salud) para pedir nuevos conocimientos. Algunos compañeros o compañeras me dirán, con razón, que son cursos que se deberían de hacer en horario laboral o que si son privados resultan muy caros, lo sé, pero tened en cuenta que nada se nos da fácil (no somos médicos), pero a cualquiera de nosotros nos gusta que nos atiendan los mejores si requerimos los servicios de cualquier especialidad sanitaria. Y por supuesto, tenemos que demandar una hoja de fisioterapia donde se refleje nuestro trabajo, tenemos que ser responsables para bien o para mal de nuestra labor. Siento si parece que esté haciendo una crítica a nuestra labor, no lo pretendo, sé que el sistema no nos es proclive en ocasiones pero todo puede modificarse si lo pretendemos. Nuestra grandeza será nuestra fuerza.

Gestión en fisioterapia: ¿tenemos calidad?



José Ángel González

Colegiado 2381

Director de *Fisioteràpia al Dia*

Miembro de la Junta de Gobierno del ICOFCV

Ex-coordinador del Departamento de Salud Valencia-Hospital General

Como bien dice mi apreciado y admirado compañero, el profesor **Felipe Querol**, cuyo artículo editado en este número espero que les provoque, cuando menos, una grata lectura, a veces los profesionales de la fisioterapia hemos destacado no por ser buenos ni malos, sino por ser escasos...

Y un bien escaso, sin duda, ha sido la gestión directa de su profesión por parte de los fisioterapeutas hasta hace pocos años, con contadas excepciones si consideramos algunos aventurados emprendedores particulares o instituciones pioneras como la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). ¿Por qué? Por una sencillísima razón: fueron escasos los fisioterapeutas que inicialmente ejercían de forma independiente, auto-gestionando sus propias clínicas (recuerdo al lector que muchos colegas trabajaban por cuenta ajena, o bajo la dependencia de diferentes clínicas, por no hablar de la actual dependencia de otros colectivos en la sanidad pública a la que hacen bastante alusión mis colegas **Llácer** y **Polo** en sus respectivos artículos), y en el terreno corporativo no podemos hablar de colegios profesionales hasta bien entrados los años noventa (recuerden que el nuestro se constituyó en el año 2000). Así que lo dicho: por lo expuesto podemos colegir que como profesión venimos contado con pocos atisbos de gestión hasta el momento, si miramos atrás en el tiempo.

Pero no vayan a pensar que están leyendo el Rincón Histórico de FAD. Es mi intención disertar aquí sobre el presente de la buena gestión fisioterápica... y sus posibilidades futuras.

Es cierto que en la actualidad el grueso de nuestro colectivo realiza el ejercicio privado de la profesión, con numerosas clínicas de fisioterapia a cargo prácticamente de una sola persona, de ahí la imperiosa necesidad de saber gestionarse, al margen de un buen asesoramiento tanto jurídico como fiscal (aprovecho para recordarles que el ICOFCV presta servicio en ese sentido). Claro, que llegados a este punto, se hace necesario recalcar la

importancia del marketing, de los estudios de mercado, de la óptima utilización de nuestros recursos... Y de tamaño empresa estuvo departiendo hace poco con otro de nuestros referentes a este respecto en una frugal pero intensa comida de trabajo: **Vicente Lloret**, un colega de lo más "smart", a cuyo "culinario" artículo de este ejemplar les remito encarecidamente. Y es que el bueno de Vicente, todo agudeza y sentido común en Fisioterapia, me enfatizaba en esta cuestión "princeps"; esto es, que los fisioterapeutas deberíamos conocer, cuando no dominar, la faceta de gestión en nuestra profesión. Y digo yo: ¿a qué esperamos?

Harina de otro costal es ya cuando hablamos sobre la gestión de un colectivo, bien sea en equipos reducidos como clínicas de fisioterapia o clubes deportivos, donde un fisioterapeuta lidere el equipo (valga la redundancia) de profesionales sanitarios o gestione parte de su labor; o en instituciones de diversa índole o cometido:

- Las **asistenciales**, tales como departamentos públicos de salud, hospitales o mutuas
- Las **docentes**, tales como facultades, departamentos e incluso asignaturas, donde permítanme que haga un guiño a magníficos jefes de departamentos de fisioterapia que he conocido como **Manolo Valls**, **Felipe Querol** o **Pedro Rosado**.
- Las **investigadoras**, por lo general grupos de trabajo donde, se lo puedo asegurar, queridos lectores, a veces es más difícil coordinar esos grupos solo de "fisios" que si son heterogéneos (y es que somos muchas veces de lo más "puñetero" como colectivo, no vayamos a perder la autocrítica)
- Y, por supuesto, la gestión en su versión más específica: la **corporativa**, cuyo más claro paradigma radica en los Colegios profesionales a nivel autonómico y en el Consejo General de Colegios de Fisioterapia a nivel nacional (un complejo ente donde, lamentablemente, se habla, en demasía, más de política que de fisioterapia, desde mi visión como profesional, y al que deberíamos dedicarle mención aparte).

Llegados a este punto les puedo asegurar, desde mi experiencia, que debo alabar la magnífica labor que viene realizando nuestra actual **Junta de Gobierno del ICOFCV** así como su Junta Permanente (créanme, lo conozco de primera mano, y he podido constatar la impresionante evolución de esta corporación en los últimos cuatro años), algo muy difícil de digerir cuando algunos colegiados prefieren criticar desde su sofá (como me recordaba el amigo Lloret) en lugar de participar en lo que yo denominaría, en buena parte, una gestión colectiva. Porque no lo olviden: es la asamblea general de colegiados la que "gestiona" finalmente, desde su soberanía colectiva, los designios de nuestra institución.

Otro gallo cantaría si la dirección de nuestros designios colectivos, y me refiero ahora a los fisioterapeutas que ejercemos en el ámbito público, estuviesen gestionados por los propios fisioterapeutas y no por medicina o enfermería, como lamentablemente está ocurriendo. No me interpreten mal: adoro a ambas categorías de profesionales sanitarios (me he criado entre ellos), pero somos "fisios", ni médicos ni enfermeros (salvo ya contadas y valiosas excepciones), y cuando llevas casi treinta años (como es mi caso) en manos de otras categorías que ni conocen ni se interesan por tu problemática profesional,... así nos va. ¿O acaso se imaginan a un jefe de ingeniería que no sea ingeniero?, ¿o un jefe de servicio de medicina que no sea clínico?, ¿o más básico aún: un jefe de cocina que no se haya arrimado en la vida a los fogones?

Afortunadamente, contamos al menos con grandes supervisores y coordinadores de fisioterapia que, aun dependiendo jerárquicamente de direcciones médicas o de enfermería, han venido realizando una ingente labor en servicio de nuestros compañeros, como los ya jubilados **Toni Casabella, Pepe Meliá, Manolo Granell, Vicente Toledo...** y nuestros activos que son "peleones" desde sus actuales cargos, gestionando como buenamente pueden lo que les dejan esos "estamentos" que no se enteran de la misa la mitad. Me refiero a los buenos de mis amigos **Antonio Jorge, Miguel Mateu, Elías Martí, Juan Rodrigo o Laura López**, por no decir lo que un servidor intentó llevar a cabo durante los tres años que estuve en esa tesitura, la de coordinador-supervisor de fisioterapia en un departamento de salud: lo que los "de arriba" y "los de abajo" no me dejaron hacer, por muy buena intención que tuviera...

Sí, aquí llego a la parte final y más dura de esta disquisición (igual me la estoy jugando, pero tengo ya una edad que me permite decir ciertas cosas sin tapujos), y que resumo así: por muy buena formación que tengas como profesional, incluyendo cursos de gestión; por mucho



Primera reunión de coordinadores y supervisores de Fisioterapia de Valencia con la Comisión de Sanidad Pública del ICOFCV

que te informes y documentes sobre el "terreno de batalla" donde vas a lidiar, en este caso cuáles son tus recursos humanos y materiales; por muchísimos consejos y asesoramiento que puedas y debes recibir; por muy buenas intenciones que tengas de mejorar dichos recursos y por muchas reuniones y reuniones que hagas al respecto... si no te apoyan o secundan ni "los de arriba ni los de abajo" (esto es: tus superiores y tus inferiores en el mando, porque no olviden que en toda profesión existe una cimentada jerarquía), tu gestión se va al garete más temprano que tarde. Eso es lo que le pasó, por cierto (permítanme el símil histórico) a ese pobre buen hombre transalpino que intentó tomar las riendas de este loco y bendito país que es España: el efímero rey **Amadeo de Saboya**.

En definitiva, que aunque necesitemos más autogestión, debemos combinarla con mayor trabajo en equipo, mejor preparación e innovación, más compañerismo (¡caray, cada día me acuerdo de la sentenciosa frase que me dijo el gran **Ginés Almazán**: España sigue siendo un puñetero país cainita, José Ángel!) ... y por supuesto, mayor autocritica y capacidad de reconocer los fallos, e incluso, si ves que es imposible, llegar a dimitir (antes de que te dimitan). Yo lo hice y desde entonces, les aseguro, duermo como un bendito.

Tenemos mucho por hacer tanto en la gestión como en el día a día de todo fisioterapeuta, cuyos "jefes" finales realmente no son otros que los sufridos pacientes, esas personas que suelen querernos mucho a los fisioterapeutas, como decía hace poco nuestro decano **Josep Benítez** en un tribunal de tesis, pero que nos resulta continuamente difícil de evidenciar. ¿No creen?



Parlem amb...

Francesc Medina i Mirapeix

La calidad en la asistencia sanitaria es una máxima a conseguir para todos los profesionales sanitarios, también, por supuesto, para los fisioterapeutas. Por responsabilidad profesional, porque es importante para los gestores –para ganar eficiencia en costes- y porque es importante para los pacientes. Los ciudadanos cada vez van a ser más exigentes, especialmente cuando acudan al ámbito privado. A día de hoy no está excesivamente extendido pero en un futuro próximo, al igual que cuando viajamos consultamos las opiniones de otros viajeros en determinadas páginas, como pacientes también valoraremos y buscaremos información relativa a la calidad y efectividad del servicio que vamos a demandar. Tenerla será clave para estar en el mercado y para ello es necesario saber medirla y mejorar los puntos débiles. Para abordar este tema hemos hablado con Francesc Medina i Mirapeix, catedrático del Área de Fisioterapia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y profesor de Metodología de la Investigación y de la Gestión de la Calidad en Fisioterapia y otros servicios de salud. Él es el protagonista del “Parlem amb...” de este número.

En primer lugar, ¿por qué es importante que nos preocupemos por la calidad?

Como comentaré de manera más extensa más adelante, debemos preocuparnos por la calidad porque es importante para los intereses de los pacientes/clientes, de los profesionales y de los gestores de la Fisioterapia. De todos ellos, me gustaría empezar destacando uno que puede ser común para los tres grupos: el de aumentar la visibilidad, atractivo y claridad de lo que ocurre en el centro.

En un futuro próximo, tanto los individuos como las organizaciones demandantes de Fisioterapia, especialmente en el sector privado, esperarán mayores niveles de información acerca de la calidad y los resultados previsibles de los servicios que se ofrecen. La sociedad está cambiando y todos los pacientes del futuro próximo

CURRÍCULUM VITAE

- Diplomado en Fisioterapia por la Universitat de Valencia.
- Máster en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud por la Universidad de Murcia.
- Profesor de la Universidad de Murcia (UM) desde 1994.
- Coordinador del Máster online de Gestión de Calidad en Servicios de Salud la UM y su Programa de Doctorado en Gestión de Calidad Asistencial.
- Investigador principal del Grupo de investigación Fisioterapia y Discapacidad del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria.
- Ha gestionado numerosos proyectos de investigación y de gestión de la calidad.
- Ha publicado más de 30 artículos en revistas de carácter internacional.

estarán habituados a seleccionar servicios a partir de la información disponible en red, al igual que hacen ahora por ejemplo a la hora de seleccionar hoteles y viajes con páginas como Tripadvisor. Más allá de que surjan o no páginas similares en relación a clínicas de Fisioterapia, lo cierto es que los centros deben estar preparados para tener pruebas cuantitativas sobre el nivel de calidad ofrecido o los resultados alcanzados. En mi opinión, sea en red o al contactar con el centro, si al cliente no se le ofrece información sobre calidad y resultados previsibles, será más difícil poder mantenerse en un mercado tan competitivo como el actual.

¿Qué significa ofrecer un servicio sanitario de calidad?

Básicamente es tener en cuenta las necesidades y expectativas del paciente, y modelar el servicio para que sintonice con ellas. Por ejemplo, si la necesidad de una persona a la que tratamos es mejorar las discapacidades asociadas a su lumbalgia crónica y su expectativa no sólo está en la solución del episodio sino también en aprender cómo prevenir y manejar por sí mismo futuros episodios, pues se trataría de ofrecer un servicio que logre cubrirlo. Así, la calidad final depende de que las necesidades y expectativas se interpreten correctamente, y de que el servicio diseñado consiga cubrirlas.

“

Si al cliente no se le ofrece información sobre calidad y resultados previsibles, será más difícil poder mantenerse en un mercado tan competitivo como el actual

”



¿Qué características de los servicios de salud son 'clave' para cubrir las necesidades y expectativas del paciente?

A nivel de individuo esencialmente son cuatro: ofrecer servicios efectivos, centrados en el cliente, oportunos en el tiempo y seguros.

¿Cómo se entiende la efectividad desde la perspectiva de la calidad?

El concepto de efectividad tiene dos perspectivas. La primera y más utilizada es dar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que pueden beneficiarse de ellos. Pongo un ejemplo: el servicio de atención a lumbalgias debería incluir los programas de ejercicios domiciliarios específicos y supervisados, ya que estos programas han demostrado científicamente tener alta probabilidad de lograr reducir el dolor lumbar. La segunda perspectiva es evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos. Así por ejemplo, si la tracción lumbar solamente ha demostrado que añade beneficio en el caso de lumbalgias asociadas a determinada disfunción, no debiera ser incluida sistemáticamente en el servicio. En resumen, la efectividad trata de evitar la infrautilización de intervenciones válidas y la sobreutilización de las que no lo son.

¿Podría definir el resto de aspectos?

El servicio centrado en el paciente consiste en darles una atención sanitaria que les proporcione experiencias asistenciales respetuosas con sus necesidades, creencias y preferencias. Un servicio oportuno es aquel que se presta con fluidez y en el momento adecuado, evitando el tiempo de espera o retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria. Y un servicio seguro requiere ausencia de lesiones (o efectos adversos) a causa de la atención sanitaria, que se supone que debe ser beneficiosa.

Teniendo como referencia todo ese marco conceptual, ¿cómo diría que ha sido hasta ahora el compromiso de los fisioterapeutas con la calidad?

En general, los fisioterapeutas siempre han estado comprometidos con ofrecer servicios de calidad, es decir, efectivos, respetuosos con los valores de los pacientes, oportunos y seguros. Su compromiso ético con mantener la competencia profesional y responder a la confianza de sus pacientes les ha motivado implícitamente a ello. Sin duda, ese gran compromiso ha contribuido a la gran expansión que la Fisioterapia ha experimentado en la sociedad en los últimos 25 años.

Por el contrario, su compromiso con la medición de la calidad ha sido bajo. Y medirla es importante porque permite estimar el nivel ofrecido realmente, ya que tener el compromiso de querer ofrecer acciones correctas (efectivas y seguras) no significa que realmente se consiga en el día a día y en todos los casos. Siguiendo el ejemplo citado de la lumbalgia podría ser que en un centro, por unos u otros motivos, el programa de ejercicio domiciliario se haya dejado de ofrecer a un 30% de los pacientes atendidos en los últimos seis meses. O al revés, también podría haberse ofrecido la tracción a un 25% de aquellos pacientes a los que teóricamente no añade beneficio y, por tanto, se habrían sumado costes innecesarios.

¿Qué consecuencias tiene este bajo compromiso con la medición de la calidad?

El bajo compromiso con la medición de la calidad, y por tanto la ausencia de referencias sobre el nivel de calidad prestado, ha tenido consecuencias negativas para profesionales, gestores y pacientes.

Los fisioterapeutas no han dispuesto de retroalimentación objetiva y cuantitativa sobre la realidad de su práctica, por ejemplo, en cuanto al porcentaje de pacientes que reciben realmente intervenciones efectivas, seguras y oportunas. En otras palabras, y usando el ejemplo anterior, no han sido totalmente conscientes de la frecuencia en la que se infrutilizaba el ejercicio o se sobreutilizaba la tracción.



En general, los fisioterapeutas siempre han estado comprometidos con ofrecer servicios de calidad, es decir, efectivos, respetuosos con los valores de los pacientes, oportunos y seguros... Por el contrario, su compromiso con la medición de la calidad ha sido bajo

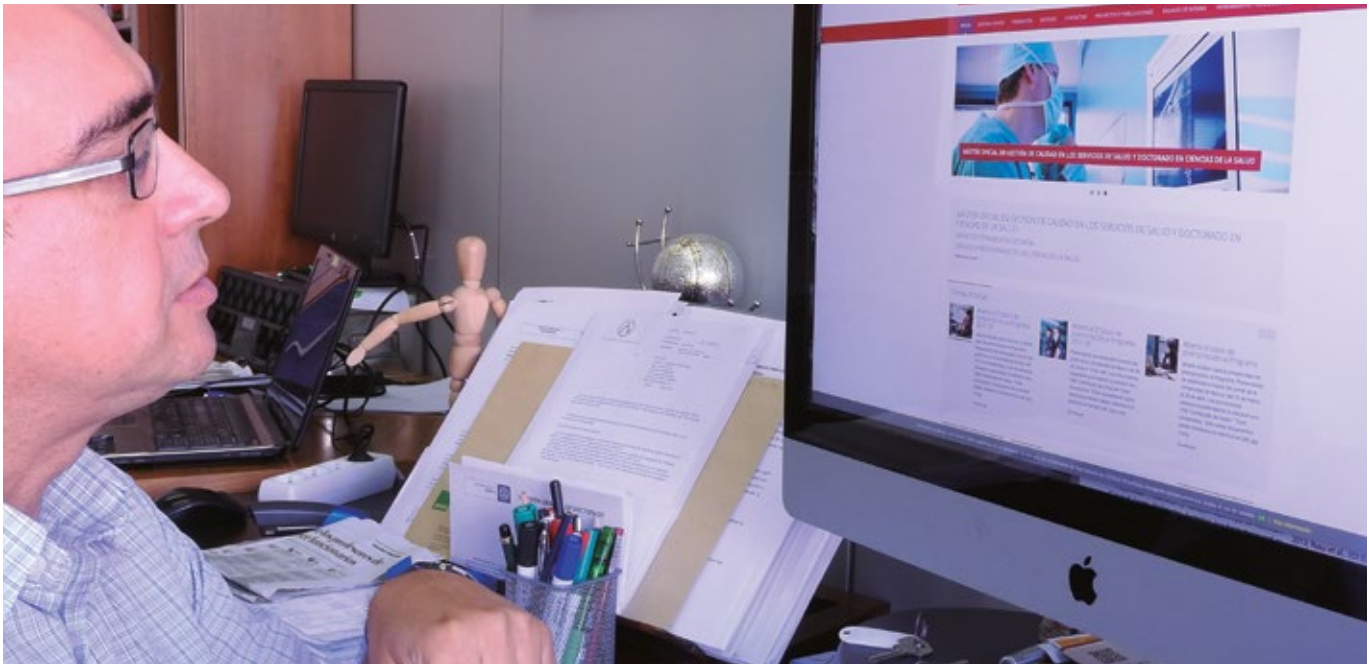


Los gestores de los centros, al desconocer si los servicios que se prestan son de buena o mala calidad, no han podido conocer los costes innecesarios asociados a servicios de baja calidad ni consecuentemente poder controlarlos.

Finalmente, los pacientes no han tenido información sobre el nivel de calidad de los servicios que se prestan en el centro, tal y como ocurre en algunos lugares de otros países.

¿A qué atribuye ese histórico bajo compromiso con medir la calidad?

Fundamentalmente a los escasos esfuerzos que las entidades han dedicado a la formación y/o sensibilización de nuestros profesionales en temas de calidad. Desde el sistema sanitario se han visto solamente algunas acciones puntuales en este sentido, pero básicamente dirigidas al ámbito público. A pesar de que el ámbito privado juega un rol importante en la salud de la población, este sector ha recibido poca atención institucional. Las entidades profesionales o formativas tampoco han realizado suficientes acciones compensatorias al déficit del sistema sanitario.



Aprovechemos esta ocasión y díganos ¿cómo se puede medir la calidad?

Aunque es un tema amplio y complejo, trataré de simplificarlo para que el lector se haga una idea básica. Habitualmente lo primero es identificar una oportunidad de mejora y luego medir la calidad ofrecida para ver si realmente es un problema. Una oportunidad de mejora es un área o servicio en la que intuimos o percibimos que hay una divergencia entre lo que es razonable que exista (estructura), se haga (proceso) u ocurra (resultado) y lo que realmente se hace o proporciona a los pacientes. Por ejemplo, una oportunidad podría ser que en un servicio creemos que se proporciona más tracciones lumbares de las necesarias o que no se ofrece al paciente toda la información que espera y/o necesita.

Teniendo la oportunidad de mejora seleccionada y analizada, si se quiere medir el nivel de calidad real prestado se deben usar lo que denominamos criterios de calidad. Los criterios son aspectos esenciales o requisitos que debe tener el servicio -ya sean relativos a la estructura, proceso o resultado- para que cubra las necesidades y expectativas del cliente. Siguiendo con nuestro ejemplo de la lumbalgia, para buscar la efectividad, al menos dos criterios de proceso, es decir, de "lo que se debe hacer", sería pertinente medir. Su redacción sería así: "a todos los

pacientes se les debe incluir un programa de ejercicios domiciliarios específico y supervisado", y "a todos se les debe realizar un examen que clasifique al paciente por tipo de disfunción asociada a la lumbalgia".

Una vez construidos los criterios se medirán en cada uno de los pacientes seleccionados usando como fuente de información su historia clínica, un cuestionario, la observación sistemática, etc. Su ausencia o presencia y su grado de cumplimiento nos indicará los niveles de actuación correcta, es decir, de calidad (en nuestro ejemplo ficticio, el nivel con respecto al ejercicio domiciliario fue de un 70%).

¿Y qué ocurre si la calidad de los registros de las historias clínicas no es buena?

Cuando los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad se van a medir sobre historias clínicas es frecuente escuchar argumentos como "yo lo hago correctamente pero no tengo tiempo de registrarlo". Ese argumento se contrarresta por sí solo cuando los criterios son suficientemente relevantes para considerar la historia clínica (y lo que en ella se anote) no tanto una fuente de datos para medir calidad sino un instrumento necesario para la correcta atención al problema de salud que se evalúa.

¿Qué se puede hacer una vez se conoce el nivel de calidad ofrecido?

Si el resultado de la medición inicial identifica que el nivel de calidad es el idóneo habrá que congratularse al tiempo que mantenerlo. Si no es el idóneo (hay un espacio para la mejora), cabe diseñar e implementar una intervención específica y efectiva dirigida a mejorar el nivel de calidad. En ocasiones, basta con discutir con los implicados en el proceso evaluado qué es lo que hay que mejorar, pero en otros casos será necesario seleccionar intervenciones formativas y/o basadas en cambios organizativos (ejemplo, cambios en el sistema de registro, en la secuencia del proceso, etc.).

Una nueva medición de los mismos criterios de calidad, a los meses de ser implementada la intervención, puede servir a los fisioterapeutas para documentar si se alcanza la mejora, lo cual se hace comparando esa medición con la medida inicialmente. Siguiendo el ejemplo de la lumbalgia, si en la segunda medición el nivel con respecto al ejercicio domiciliario es de un 85%, se habrá logrado una mejora absoluta del 15% (85-70) y relativa del 50% con respecto al espacio que había para la mejora (15/30).

Entonces, ¿medir sirve para poder mejorar?

El principal fin de la medición suele ser mejorar. Esto se ve claramente en actividades como las que he ejemplificado aquí porque se inician a partir de identificar una oportunidad de mejora y se mide con el fin de solucionarla. Ese tipo de actividades se denominan "ciclos de mejora", pero no son el único tipo de acciones que se utilizan en la gestión de calidad en los servicios de salud. Al menos me gustaría hablar de otras dos más: la monitorización y el diseño de la calidad. Esta última es la única de las tres que no implica medir calidad.

“

Cuando los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad se van a medir sobre historias clínicas es frecuente escuchar argumentos como "yo lo hago correctamente pero no tengo tiempo de registrarlo". Ese argumento se contrarresta por sí solo...

”



“

Existen muchos métodos para diseñar calidad aunque en Fisioterapia, el empleo de las guías de prácticas clínicas es el más conocido, ya que existe una cierta tradición de uso

”



¿Qué es la monitorización de la calidad y qué objetivo persigue?

La “monitorización” es una medición repetida periódicamente y planificada que pretende controlar si a lo largo del tiempo se está a unos niveles deseables de calidad. Esta forma de medición no utiliza los criterios sino los llamados indicadores. Un ejemplo de indicador es “porcentaje de pacientes que esperan más de 7 días para ser atendidos en el centro”, un ejemplo de medición planificada sería medirlo cada 4 meses, y un ejemplo de nivel deseable (llamado estándar) sería que el 90% de los pacientes accedan antes. Como se puede intuir por el ejemplo, un indicador es un aspecto relevante que resume en la medida de lo posible la calidad de un posible problema que se desea monitorizar, en este caso relativo a la accesibilidad. Su utilización principal es como herramienta de “screening” para identificar a lo largo del tiempo oportunidades de mejora (por estar por debajo del estándar deseable) que pueden merecer una atención más profunda, por ejemplo a través de un ciclo de mejora.

¿A qué se refiere con diseño de la calidad y qué aporta?

El “diseño de la calidad” es diseñar qué hacer y cómo hacerlo para lograr alcanzar las necesidades y expectativas del cliente cuando tengamos que ofrecer ese servicio. Existen muchos métodos para diseñar calidad aunque en Fisioterapia, el empleo de las guías de prácticas clínicas es el más conocido, ya que existe una cierta tradición de uso.

Mientras que los ciclos “solucionan” problemas u oportunidades de mejora identificadas y la monitorización “identifica” situaciones mejorables, el diseño previene la aparición de problemas al facilitar que las cosas se hagan siempre bien. Por esa intencionalidad del diseño se aconseja empezar por esto. Sin embargo el diseño solo no es suficiente. Por muy perfecto que pensemos que sea, siempre hay que contrastarlo con la realidad, es decir, monitorizar con indicadores si funciona o no, y si con el tiempo se produce un deterioro o no.

Así pues me gustaría destacar que las tres actividades se relacionan entre sí. Si bien los ciclos de mejora tienen principio y final por sí mismos, tanto la monitorización como el diseño necesitan ser complementados con otra actividad (la monitorización con los ciclos y el diseño con la monitorización).

“
**¿Qué pueden hacer lo Colegios profesionales?:
 proponer estándares de calidad, construir indicadores de referencia, facilitar estrategias que incrementen el uso de sistemas de registro clínico y facilitar el acceso a guías de práctica clínica**”

”



Ha empezado la entrevista señalando que es importante que los centros de fisioterapia dispongan de pruebas que demuestren que ofrecen buenos niveles de calidad y resultados. ¿A qué tipo de pruebas se refiere?

Existe una variedad de pruebas posibles que pueden incrementar la visibilidad del compromiso del centro con la calidad, informes elaborados por el centro en base a su experiencia o por agencias externas. Aunque no es necesario que estén todas presentes sí que es recomendable que el centro tenga como objetivo lograr progresivamente el mayor número de ellas.

A continuación citaré algunas modalidades: 1) Informes breves sobre resultados clínicos alcanzados ofrecidos por el centro en sus principales servicios que sirvan para demostrar su coste-efectividad; 2) Informes breves de la evolución de algunos indicadores de calidad que muestren la estabilidad de la calidad ofrecida (por ejemplo, que permita ver que más del 90% de los pacientes tuvieron un tiempo de acceso al centro no superior a los 7 días en todas las mediciones realizadas en el último año) o la mejora lograda por algún ciclo de mejora realizado; 3) Informes breves sobre experiencias asistenciales de los pacientes y/o su satisfacción con diferentes aspectos; 4) Informes elaborados por alguna agencia o entidad externa que acredite que el centro proporciona los estándares de calidad fijados por las entidades profesionales, tanto para la atención en la persona como en la propia organización del centro y la naturaleza/visibilidad de los servicios que ofrece a la comunidad.

Por último, ¿qué pueden hacer los Colegios profesionales para dar mayor visibilidad al compromiso de la fisioterapia con la calidad?

Sin ánimo a ser exhaustivo, me gustaría citar algunas acciones representativas: a) Proponer estándares de calidad sobre la práctica de la Fisioterapia que puedan servir para como modelos de referencia a profesionales y/o a agencias acreditadoras; b) Construir indicadores de calidad de referencia que permitan a los centros y/o al mismo colegio ofrecer mayor visibilidad; c) Facilitar estrategias que incrementen el uso de sistemas de registro clínico y de instrumentos de medición clínica y de la experiencia de los pacientes que permitan, entre otros, nutrir información a los citados indicadores; d) Facilitar el acceso a guías de práctica clínica y recursos para el acceso a la evidencia científica.

Agradecimientos

A la Facultad y al Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Valencia por su acogida durante mi estancia formativa, y en especial, a sus respectivos equipos directivos así como al profesor de Josep Benítez Martínez por su buen hacer y por ser siempre un apoyo. Por supuesto al Colegio por su confianza y talante. Finalmente, a todos los profesionales del máster de Gestión de Calidad y del grupo de investigación al que pertenezco, sin los que no hubiera sido posible integrar algunos de esos conocimientos que he querido transmitir en esta entrevista.

Hacia la calidad asistencial de los fisioterapeutas: aspectos legales



Santiago Sevilla

Asesor jurídico del ICOFCV
 Colegiado del Ilustre Colegio de Abogados de Valencia

El objetivo de este artículo es acercar al profesional sanitario fisioterapeuta unas nociones básicas, en un lenguaje lo más sencillo posible, de los aspectos jurídicos que envuelven el ejercicio profesional de la profesión sanitaria de la fisioterapia. Es decir, que el colectivo de fisioterapeutas conozca (o recuerde, si ya lo conoce) la existencia de unos derechos y deberes implícitos en todos aquellos actos sanitarios que diariamente ejercen en su quehacer profesional, dado que su cumplimiento no sólo forma parte de la responsabilidad propia del sanitario sino que además redundará en una mayor calidad de la atención que presta.

Esta relación fisioterapeuta-paciente es bilateral, comprende un juego de derechos y obligaciones recíprocos, que se han de cumplir por ambas partes para que la relación sea satisfactoria.

En este orden de cosas, lo primero que debe conocer el fisioterapeuta es su propia definición jurídica. Para ello, debemos acudir a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación profesional sanitaria, norma que define, con carácter básico, su ámbito competencial, en su artículo 7.2.B:

Artículo 7 Diplomados sanitarios

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

b) Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recupera-

ción y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

Obviamente, aunque la ley hace referencia a diplomados, se entienden quedan englobados también los fisioterapeutas título de Grado.

El artículo 2 de la referida ley dispone:

Artículo 2 Profesiones sanitarias tituladas

1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

Primera conclusión. El fisioterapeuta es un profesional sanitario titulado y regulado, a través de una norma que viene a ser desarrollo directo del artículo 36 de la Constitución Española.

Segunda conclusión. "Está organizado en el Colegio Profesional oficialmente reconocido por los poderes públicos".

Resulta esencial para cualquier profesional conocer cuál es su regulación jurídica y que normas debe de tener en cuenta en el ejercicio de su profesión, ya que de ahí nacen derechos y obligaciones que debe conocer, respetar y cumplir como fundamento, también, de una buena praxis profesional.

Esos derechos y obligaciones se confrontan con los derechos y obligaciones de la otra parte de la relación asistencial, que es el usuario de los servicios sanitarios.

Ante ello, a la hora de establecer una buena praxis profesional, no debemos tener en cuenta solo los aspectos meramente asistenciales y terapéuticos, sin duda de suma importancia y en los que hay que proceder escrupulosamente, sino que, además, hay que conciliarlos con los derechos de las personas a las que van dirigidos dichos servicios asistenciales, esto es, el usuario, el paciente.

Derechos de los pacientes/usuarios de la prestación sanitaria

No puedo hacer un análisis de todos aquellos derechos que asisten al usuario de los servicios sanitarios, ya que cada uno de ellos daría para un artículo monográfico, pero sí dejar constancia de su existencia a través de una breve enumeración con el ánimo de dejarlos expuestos para conocimiento de los profesionales sanitarios.

Así, además de las normas internacionales de derechos humanos, en España son varias las normas que destacan la relación de los datos relativos a la salud, la importancia de la dignidad y la intimidad de las personas. Como ha quedado dicho, no puedo hacer referencia a todas, por evidentes razones de espacio y complejidad, pero siguiendo un criterio cronológico debo citar en primer lugar, la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad (LGS) que reconoce el derecho de todos los ciudadanos a que las instituciones sanitarias respeten su personalidad, dignidad humana e intimidad. Por su parte la Ley 15/1999, Orgánica de Protección de Datos (LOPD) se refiere expresamente a los datos de la salud en su artículo 8.3:

“Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente”. Artículo 8.3.

En el ámbito de la salud, se exige que el consentimiento del interesado sea expreso, salvo que tenga por finalidad el diagnóstico o la prestación sanitaria, en cuyo caso es necesario que el tratamiento se realice por un profesional sanitario.

Por otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LrAP), reconoce como principios básicos, la dignidad de la persona humana, el respecto a la auto-



nomía de su voluntad y la intimidad; tres principios que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica (art. 2).

Estas normas básicas del Estado tienen su regulación en la Comunidad Valenciana a través de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. En su Título V Capítulo I Sección Primera se viene a regular los derechos y deberes en el ámbito de la salud, los derechos de los usuarios y pacientes.

El artículo 40 establece el régimen general de la siguiente del siguiente tenor:

“La presente ley garantiza los derechos de los usuarios y pacientes del Sistema Valenciano de Salud, de conformidad con lo previsto en el presente título, en el marco de la legislación básica estatal y de acuerdo con los principios de dignidad de la persona, respeto a la autonomía de su voluntad, intimidad e igualdad efectiva en el acceso a todos los servicios asistenciales disponibles”.

Así, en los artículos 41 a 51 se regulan los siguientes derechos: a la intimidad (art. 41), derechos de información (art. 42), derecho al consentimiento informado (art. 43), derecho a la libre elección de médico y centro (art. 44), derecho a las voluntades anticipadas o instrucciones previas (art.45), derecho a la historia clínica y a su acceso (art. 46), derecho al informe de alta y otra documentación clínica (art. 47), derecho a formular sugerencias y quejas (art. 49), derecho a una atención personalizada (art. 51) y creación de órganos garantes de los derechos (art. 52).

Aunque me gustaría desarrollarlos todo, como he dicho antes, es imposible en el estrecho margen de este artículo. Pero, de entre todos, sí voy a destacar el consignado en el artículo 43, el **Derecho al Consentimiento Informado**. Un derecho importante del paciente y al que rara vez se le da la debida importancia, como ejercicio y garantía de una buena praxis profesional.

La naturaleza y esencia de este derecho reside en que toda "actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado una vez que, recibida la información asistencial, haya valorado las opciones propias del caso".

En cuanto a la forma, puede ser verbal, como regla general, "sin embargo, se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, ante la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente". Resulta evidente que la opinión del autor de este artículo es que el consentimiento se recabe siempre por escrito, a los efectos de poder probar, en caso de que sea necesario que efectivamente se ha producido dicho consentimiento en los términos requeridos.

Aunque la norma dice que el consentimiento deberá recabarse por el médico responsable, por analogía, el consentimiento en un acto fisioterápico deberá ser recabado por el profesional sanitario que lo realiza, en este caso el fisioterapeuta. Así, aunque el fisioterapeuta actúe ante un diagnóstico y prescripción médica, debe de recabar el consentimiento informado en todo aquello que afecte a su actuación como fisioterapeuta.

El consentimiento se deberá otorgar siempre. Debe hacerse por representación o sustitución en los supuestos previstos en la legislación estatal sobre capacidad de las personas, menores, etc. Y lo que resulta evidente es que, como acto voluntario del paciente, el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento. En este caso la retirada del consentimiento deberá ser consignado por escrito.

"Constituyen excepciones a la exigencia de consentimiento informado las previstas en la legislación básica estatal, así como aquellas situaciones en que no fuera posible el consentimiento por representación o sustitución por no existir representante legal o personas vinculadas al paciente o bien porque estos se negasen injustificadamente a prestarlo, de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia de ello por escrito".

"La información previa al consentimiento se facilitará con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes. En ningún caso se dará información al paciente cuando esté adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni

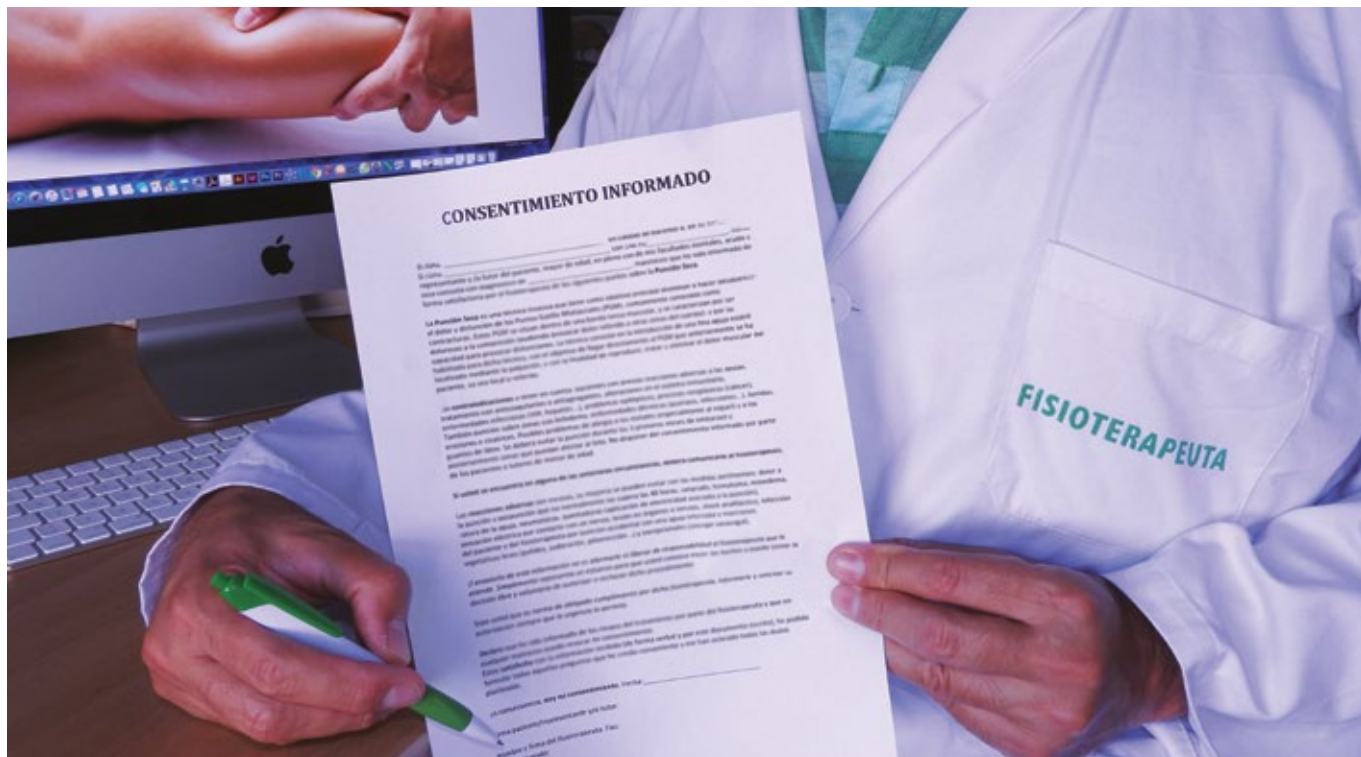
tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico". Entiendo que el rigor establecido en la norma debe ser matizado en actuaciones fisioterápicas de escasa entidad y riesgo, si bien es conveniente conocer la exigencia legal en tal sentido.

El consentimiento informado, en mi opinión, debería producirse en cada acto fisioterápico y deberá adaptarse a la técnica concreta y específica que se vaya a realizar. Los consentimientos informados generales, para todo tipo de actuaciones, pueden quedar vacíos de contenido al ser considerados como un mero cumplimiento formal que no informa concretamente del acto fisioterápico que efectivamente se va a realizar. El consentimiento informado no puede convertirse en una mera formalidad, sino que debe recoger la expresión libre y voluntaria del paciente a aceptar el tratamiento que se le va a realizar, y este debe ser claro, concreto y preciso.

Por otra parte, en este punto quiero hacer hincapié en situaciones que, por las propias características de las técnicas a aplicar, puedan llevar a error en la interpretación por parte del paciente en cuanto a los actos fisioterápicos que se le están realizando; y no tanto a nivel terapéutico sino por las derivaciones no deseables que nada tienen que ver con el fin último del acto terapéutico. Me refiero a aquellas técnicas en las que el/la paciente tienen que despojarse de parte de la ropa o totalmente, así como, de aquellas técnicas en las que se debe actuar sobre "zonas sensibles", en las que la falta de información previa pudiera dar lugar a equívocos francamente indeseables. Por ello, es recomendable que se plasme por escrito en qué consisten esas técnicas, cómo se van a realizar y, sin duda alguna, si el/la paciente desea que esté alguna persona de confianza presente.

Para obtener el consentimiento informado por escrito, el fisioterapeuta proporcionará al paciente la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención sanitaria origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.
- Posible aplicación de otras técnicas alternativas.



Como contraprestación a los derechos de los pacientes ya señalados, la misma Ley de Sanidad Valenciana, en su artículo 52, determina los deberes de los profesionales sanitarios:

“1. Los profesionales y centros sanitarios tienen las obligaciones inherentes al efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos para los usuarios y pacientes en los servicios sanitarios, debiendo dar un trato humano, amable, comprensivo y respetuoso. Asimismo, harán un buen uso de los recursos sanitarios. 2. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervengan, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades públicas sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica”.

Como resumen, y a título enunciativo y no limitativo, para una buena praxis en el ejercicio de la profesión sanitaria de fisioterapeuta desde el ámbito legal se puede señalar el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

- Estar colegiado (obligación legal), conlleva además tener seguro de responsabilidad profesional.

- Ejercer la profesión sanitaria de conformidad con la legislación estatal y autonómica en cuanto al cumplimiento de las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Registro sanitario)
- Si se tiene clínica privada, contratar además seguros de responsabilidad patrimonial de la clínica, distinto del de responsabilidad profesional del colegiado.
- Cumplir con la normativa de la Ley de Protección de Datos de Carácter personal
- Observar los derechos de los usuarios de salud y pacientes, que han quedado señalados brevemente en este artículo.
- Documentar administrativamente toda aquella documentación asistencial que guarden relación con las actuaciones fisioterápicas, observando los derechos a la intimidad y protección de datos de carácter personal de los mismos
- Tener como fin último en la actuación profesional que el receptor de los servicios sanitarios es una persona, y no una mercancía.

Con la observancia de todos estos aspectos legales, además de los aspectos asistenciales y terapéuticos se conseguirá una atención sanitaria dirigida a la “excelencia”.

Fisioterapia y docencia: consideraciones sobre la buena praxis



Felipe Querol

Colegiado 52

Profesor Titular Universitario de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia

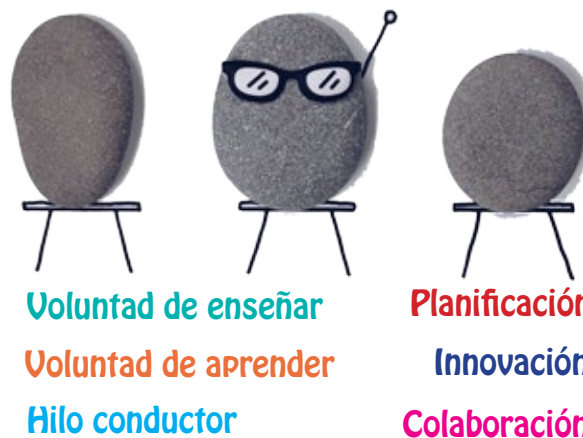
Como resultado de la búsqueda en un diccionario (incluyendo *Wikipedia*) de la palabra "praxis", además de su significado: "práctica", "acción", encontramos frases como: actividad destinada a obtener un resultado (*Diccionario enciclopédico Larousse*).

La frase señalada me parece especialmente oportuna para hablar de la buena praxis en la docencia, concepto que fue el motivo de algunos comentarios y que parece el objetivo de esta disquisición, porque lo que a continuación escribo no es una clase, ni un trabajo científico, son tan solo comentarios que surgen casi todos los años en los primeros cafés con los amigos y colegas que nos dedicamos a la docencia, cuando iniciamos el curso escolar.

Tal y como he señalado, este mismo año, en la cafetería frente a la facultad, en este mes de septiembre 2017 escuchaba este comentario: -"Para obtener un buen resultado hacen falta tres cosas, que nosotros "queramos enseñar", que ellos "quieran aprender" y "un buen hilo conductor" -. No me quedé a escuchar la conversación completa (me hubiese gustado oír la definición de "hilo conductor"), tenía que atender una clase, pero recordé que días atrás un buen amigo me había sugerido (más bien obligado) a que contara algunas experiencias, incluyendo anécdotas, relacionadas con la fisioterapia, la docencia y la buena praxis.

Y así comienza esta disertación sin detenimiento ni método.

Primero porqué yo: pues probablemente porque llevo dedicado a la fisioterapia casi 50 años, porque mi primera toma de contacto con la **Fisioterapia** data de 1970, en la Escuela Departamental de Fisioterapia que dirigía el Profesor Caballé; tal vez porque mi primera experiencia docente fue una conferencia que tuve la oportunidad de dar ese mismo año a enfermería, quizás porque aún



siendo alumno de enfermería (1967-68) recibí unas clases de un excelente fisioterapeuta, también licenciado en medicina, un buen amigo ya fallecido cuyo nombre no olvidaré: el Dr. Edelmiro Barberá, nos habló de la cefalea y la masoterapia. Y aquella "actividad", porque fue una clase teórico-práctica, dio un excelente "resultado", lo que parece una "buena praxis", yo aprendí a aliviar la cefalea con unas técnicas de digitopresión que desconocía totalmente. Había alguien con voluntad de enseñar, varios alumnos con voluntad de aprender y tal vez el "hilo conductor" se relacione con el ambiente de un auditorio reducido (no éramos buenos, éramos pocos "alumnos" y muchos y buenos profesores).

Y al "hilo conductor" del anterior comentario, de ahí mi afición a las preguntas continuas en las clases, que les ponen "bastante nerviosos", y que les obligan como mínimo a mantener la atención y a revisar lo que no supieron responder o no se atrevieron a hacerlo. En la Escuela Departamental de Fisioterapia éramos muy pocos alumnos, para muchos profesores y todos tenían algo que preguntar. Yo me siento satisfecho de la docencia que recibí. Creo que aquello fue una buena praxis.

En un reciente trabajo (2016) sobre la buena praxis, en la Revista Electrónica de Investigación Educativa (*Mendioroz A y Fiz R, 2016*), se recogen las características de una "buena docencia", las características de una buena y una mala praxis. La tabla es literalmente idéntica a la publicada y se cita acorde a las recomendaciones de la revista. He creído conveniente señalar de forma textual el sistema de categorías empleado para desarrollar la cuestión porque su simple lectura (sin detenimiento) representa 5 minutos. Si reflexionamos tan solo 30 segundos sobre

cada uno de los ítems y lo acoplamos a nuestro quehacer docente diario, esa reflexión, aunque solo fuera una vez al año, daría lugar a una mejora en nuestra praxis.

Tabla.- Sistema de categorías empleado para desarrollar la cuestión: características de una buena docencia. (*Mendioroz, A. y Fiz, R. (2016). Creencias implícitas del profesorado emérito español: características de buenas praxis. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 18(1), 183-196. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/789>. Acceso 21/09/2017*)

Tabla

| | | |
|---------|---|---|
| 1. | Características de una buena praxis | 1.10.12 El docente es equilibrado |
| 1.1 | Aspectos organizativos | 1.11 Asistencia de los alumnos a clase |
| 1.1.1 | Puntualidad | 1.12 Enseñanza abierta y orientada a problemas reales |
| 1.1.2 | Orden | 1.13 Desarrollar el análisis y la reflexión en el alumnado |
| 1.1.3 | Adaptación al programa. Planificación y desarrollo | 1.14 Tener claro el tipo de profesional demandado |
| 1.1.4 | Contacto universidad-sociedad-empresa | 1.15 Indagar en los antiguos alumnos qué aprendieron y qué les sirvió |
| 1.2. | Aspectos técnicos | 1.16 Promover la necesidad de investigar y leer en el alumnado |
| 1.2.1 | Empleo de buenos textos | 1.17 La enseñanza sirva para crecer como profesionales |
| 1.2.2 | Empleo de textos actualizados | 1.18 Comunicar con claridad |
| 1.2.3 | Realización de prácticas | 1.19 La evaluación docente interna en la universidad |
| 1.2.4 | Espacios y ratios apropiados | 1.20 La enseñanza añade valor al alumno como persona y como profesional |
| 1.3 | Aspectos pedagógicos y didácticos | 1.21 Asistencia del profesor a clase |
| 1.3.1 | Aspectos generales | 1.22 Experiencia profesional del docente fuera de la universidad |
| 1.3.2 | Enseñanza constructivista | 1.23 La enseñanza ayuda al alumno para adaptarse a los cambios |
| 1.3.3 | Aprendizaje significativo | 2. Características de una mala praxis |
| 1.3.4 | Enseñanza activa | 2.1 Incapacidad de transmitir por parte del profesor. |
| 1.3.5 | Enseñanza colaborativa | 2.2 Egocentrismo y vanidad por parte del docente |
| 1.3.6 | Capacitar al alumno para que sepa transmitir | 2.3 Transmisión de erudición, no de ciencia |
| 1.3.7 | Identificar bien los objetivos y contenidos | 2.4 Quejas sobre lo poco que saben los alumnos |
| 1.3.8 | Concordancia entre lo que hay que enseñar, aprender y evaluar | 2.5 Transmisión de desencanto a los estudiantes |
| 1.3.9 | Clase magistral | 2.6 Limar el entusiasmo de los estudiantes |
| 1.3.10 | El profesor debe tener las ideas bien estructuradas | 2.7 Enseñanza imprecisa, caprichosa |
| 1.4 | Aplicación de la psicología a las diferentes materias | 2.8 Enseñanza manipuladora |
| 1.5 | Empleo de las TICs | 2.9 Enseñanza alienante, cerrada en sí misma |
| 1.6 | Evaluación de los alumnos | 2.10 No admitir críticas |
| 1.7 | Competencia en la materia. Rigor y honradez | 2.11 Empleo de manuales trasnochados |
| 1.8 | Actualización de los contenidos científicos | 2.12 No preparar las clases |
| 1.9 | Docencia unida a la investigación | 2.13 No preocuparse de que se entiendan las explicaciones |
| 1.10 | Afectividad | 2.14 Falta de formación por parte del docente |
| 1.10.1 | Empatía con el alumno | 2.15 Abuso del power point |
| 1.10.2 | Respeto por el alumno | 2.16 Ausencia de vocación docente |
| 1.10.3 | Transmisión de entusiasmo al alumnado | 2.17 Malos resultados en los exámenes |
| 1.10.4 | Ser consciente de la diferencia generacional | 2.18 Falta de interés en el alumnado |
| 1.10.5 | Despertar interés en el alumnado | 2.19 Ausencia de curiosidad en el docente |
| 1.10.6 | Vocación docente | 2.20 Falta de asistencia a clase por parte del docente |
| 1.10.7 | El alumno ame su carrera | 3. No contesta |
| 1.10.8 | El docente sea modelo de actuación | |
| 1.10.9 | Dar su sitio al alumno en el aula para que pueda expresarse | |
| 1.10.10 | Conocer al alumno | |
| 1.10.11 | El docente reconoce la utilidad de su materia | |



“

Cuando coincides con algún exalumno y te dice: “aprendí con tu asignatura más que en muchas otras de la carrera, tu nivel de exigencia era alto y obligaba a estudiar, fue duro, pero me ha sido útil”, ... la satisfacción que proporciona nos hace pensar que quizás hemos sido algo útiles

Personalmente me pregunto a mí mismo sobre en qué coincido, en qué fallo. Y sé que puedo mejorar. Tal vez no me quede mucho tiempo (la edad no perdona) pero garantizo que intento cada día dar respuesta a las características de una buena praxis.

Concluyen los autores del trabajo (*Mendieroz A y Fiz R, 2016*), que los profesores eméritos de la universidad española, consultados para el estudio, destacan como factores principales para lograr una enseñanza de calidad, la necesidad de despertar el interés del alumnado, la empatía y el respeto con el alumno y la transmisión de entusiasmo y funcionalidad de lo que se estudia. Hay más cosas por supuesto, pero insisto, solo la lectura de la tabla y los cuatro párrafos de las conclusiones del trabajo mejoran nuestra praxis, que es al fin y al cabo el objetivo de esta disertación.

Otro interesante trabajo, en este caso procedente de la Universidad de Cantabria (*Alvarez C, Silió G, Fernández E. REDU 2012; 10(1): 415-30*), habla de las tres claves para conseguir una buena práctica docente universitaria, concretamente: 1) planificación, 2) colaboración y 3) innovación. El trabajo está desarrollado en torno a una asignatura de la Diplomatura de Magisterio, pero de su lectura

se obtienen beneficios aplicables a cualquier otra y concluye con una referencia en la cual coincido totalmente y es: - Cuando personalmente yo, o cualquier otro de mis colegas, coincidimos con algún exalumno y su comentario se parece a:

“aprendí con tu asignatura más que en muchas otras de la carrera, tu nivel de exigencia era alto y obligaba a estudiar, fue duro, pero me ha sido útil”

La satisfacción que proporciona nos hace pensar que quizás hemos sido algo útiles.

Si la lectura de esta, insisto, disertación, ha despertado algún interés a alguno de los lectores yo también me sentiré útil incluso pensando que todo es mejorable y nadie indispensable.

Beneficios y riesgos de usar las redes sociales para difundir evidencia científica en Fisioterapia



Enrique Lluch Girbés

Colegiado 108

Doctor múltiple en Fisioterapia

Profesor de la Facultad de Fisioterapia (Universidad de Valencia)

En 1995, Darrell Berry escribió un artículo donde decía que Internet pasaría a ser de un archivo estático de documentos a una red de usuarios que se relacionarían unos con otros y que él definió como redes sociales o social media. De esto hace ya más de 20 años y, como uno mismo puede observar, las plataformas sociales han crecido exponencialmente en los últimos años. Actualmente, se estima que existen aproximadamente 1.94 billones de usuarios de Facebook, 1 billón de WhatsApp, 600 millones de Instagram y 284 millones de Twitter. En estos números no se incluyen aquellos usuarios que comparten opiniones, por ejemplo, en medios sociales como LinkedIn.

Este auge de las redes sociales ha hecho que se haya incrementado el número de fisioterapeutas que acuden a ellas para obtener información relacionada con la práctica de la Fisioterapia. De forma paralela a este aumento del uso de las redes sociales, algunos autores han subrayado el riesgo de caer en un perjuicio apodado amnesia de la fuente de origen (*source amnesia bias*). Este perjuicio consiste en darle un alto nivel de credibilidad a la información sin recordad la calidad de la fuente de origen. Las redes sociales, como fuente de diseminación de la información a un gran número de población, están transformando la forma en la que los fisioterapeutas están siendo educados y encuentran nuevos conocimientos derivados de la investigación. De hecho, las redes sociales ofrecen una solución parcial al problema de tener que manejar la gran cantidad de información existente en la literatura (alrededor de 2.5 millones de publicaciones científicas salen a la luz cada año, las cuales se suman a los posibles 50 millones, o incluso más, ya existentes). Las redes sociales están disponibles para todos aquellos que acceden a Internet reduciendo muchas veces las barreras derivadas de tener que adquirir documentos originales como artículos científicos o libros, mejorando así la aplicación de los conocimientos adquiridos. Sin embargo, el uso de las

redes sociales con el objetivo de diseminar e implementar la evidencia científica disponible en Fisioterapia en un momento dado tiene tanto beneficios como inconvenientes. Con este marco teórico en mente, pasamos a continuación a ver cuáles pueden ser las ventajas e inconvenientes de utilizar las redes sociales a la hora de difundir investigación u obtener nuevos conocimientos en Fisioterapia.



Beneficios de las redes sociales para la difusión de evidencia científica en Fisioterapia

Sabemos que existe un gran retraso en la implementación práctica del conocimiento científico una vez éste se ha publicado. De hecho, se estima que se tarda alrededor de 17 años en implementar nuevos conocimientos en la práctica clínica. Una de las razones principales es la lenta distribución de la información entre los clínicos. En reconocimiento de este retraso, la mayoría de revistas de Fisioterapia han adoptado estrategias para proporcionar artículos en versión online, "*ahead of print*", antes de su publicación. Pese a todo, esta estrategia todavía requiere que el usuario tenga que navegar por la web de la revista o por un buscador para identificar el artículo científico. Las redes sociales, en este sentido, permiten mejorar la difusión de la información científica ofrecida por estos medios tradicionales, ya que es frecuente observar cómo se comparte la información en las redes entre un gran número de usuarios.

La naturaleza "online" y abierta de las redes sociales permite también que personas procedentes de regiones geográficas con pocos recursos o con grandes restricciones mediáticas puedan acceder a la información científica. Este beneficio, sin embargo, no es universal ya que, por ejemplo, en el momento de escribir estas líneas el acceso a Twitter está restringido en países como Corea del Norte, China o Irán. Por otro lado, las redes sociales pueden ayudar a crear comunidades en las cuales, los creadores de la

información son accesibles a los usuarios de dicha información. De esta forma, fisioterapeutas que previamente “no tenían voz” pueden crear audiencia, conversar con otros profesionales sobre evidencia y ayudar a la difusión del conocimiento científico en Fisioterapia.

Las redes sociales constituyen una plataforma útil para discutir la relevancia de las publicaciones científicas en Fisioterapia. Además, proporcionan un canal adicional para el autor o autores de dichas publicaciones para expandir dicho conocimiento más allá de los confines de la propia publicación y abren la posibilidad a la crítica por parte de los usuarios de las redes sociales. El sistema de revisión de los artículos científicos es imperfecto. De hecho, este sistema ha dado lugar a veces a resultados no reproducibles, metodologías incompletas o pobremente descritas o a la manipulación potencialmente fraudulenta de los datos. Los medios sociales permiten el debate sobre los hallazgos científicos con una inmediatez y a un ritmo que es simplemente imposible a través de la web de una revista o mecanismos formales como las cartas al editor.



Riesgos de las redes sociales para la difusión de evidencia científica en Fisioterapia

Se ha argumentado que las redes sociales funcionan mejor para los profesionales de la salud, incluidos los fisioterapeutas, cuando el medio se usa para combatir la información que es errónea de forma tan vigorosa como para propagar la información que es correcta. Esto requiere de un ambiente dónde los usuarios fisioterapeutas abran debate sobre la información que se presenta de forma respetuosa, cuestionen los pensamientos y las posturas de otros profesionales y ayuden a corregir la información que es incorrecta. Desafortunadamente, existe una tendencia a seguir en las redes sociales a aquellos que tienen pensamientos o creencias similares a los nuestros y a ir en contra de aquellos que no comparten nuestra opinión. Esto da lugar a diálogos tribales entre grupos de fisioterapeutas segregados que filtran la información que reciben los usuarios de las redes sociales, con la finalidad de ofrecer solo aquello que apoya su opinión.

Actualmente, no existe evidencia convincente sobre si las amplias opciones que ofrecen las redes sociales repercuten en un mejor aprendizaje, mejor cuidado del paciente o mejor difusión del conocimiento científico entre los fisioterapeutas. Los medios tradicionales de transmisión de la información científica en Fisioterapia

incorporan mecanismos de seguridad como la fe de erratas o la tracción de artículos científicos que informan a los usuarios de errores descubiertos. Sin embargo, debido a la propia naturaleza fluida de las redes sociales no existe dicho mecanismo formal para retractarse de una declaración o argumento erróneo. Esto puede dar lugar a que información que es falsa compita en igualdad de condiciones con información que es correcta aunque se podría argumentar que, en cierto modo, la información puede ser controlada a través del debate y el compromiso del público.

En ocasiones, aquellos que diseminan la evidencia en Fisioterapia en las redes sociales pueden no ser los más cualificados para hacerlo. En el año 2014, Hall definió el índice de Kardashian, que hace referencia a la posible discrepancia que puede existir entre el perfil en los medios sociales de un científico y el conjunto de publicaciones científicas que tiene dicho científico en revistas con revisión por pares. Este índice se creó para reconocer que aquellos que tenían el mayor seguimiento online, eran frecuentemente aquellos que no generaban la evidencia sobre la que se estaba discutiendo. Según el índice de Kardashian existen diferentes categorías de “diseminadores” de la información: los verdaderos positivos (perfil social elevado con gran producción científica); los falsos positivos (perfil social elevado con gran producción científica baja o nula); los falsos negativos (perfil social bajo con gran producción científica); y los verdaderos negativos (perfil social bajo con baja producción científica). Es importante destacar este aspecto ya que el proceso de diseminación de la información en Fisioterapia en las redes sociales depende en gran medida de la fuente (de quién) presenta inicialmente la información. En el mundo de las redes sociales, la voz de los falsos negativos es a menudo ignorada o simplemente no escuchada. Este hecho subraya la importancia de quién interpreta y presenta la información al usuario final.

La mala interpretación de los hallazgos y el sesgo positivo puede ser también un problema sustancial en el mundo de la investigación en Fisioterapia. Incluso investigadores experimentados pueden encontrar dificultades a la hora de interpretar sus resultados de forma imparcial y cuidadosa. La situación puede empeorar más si cabe si las intenciones del investigador no son sensatas y busca utilizar las redes sociales como plataforma para mejorar su imagen profesional.



Recomendaciones para una correcta diseminación de evidencia científica en Fisioterapia.

Hay que reconocer que las redes sociales pueden ayudar a contribuir y posiblemente revolucionar la difusión de la evidencia investigadora en Fisioterapia. Sin embargo, en base a lo que se ha expuesto hasta ahora, parece prudente seguir una serie de recomendaciones. En primer lugar, los fisioterapeutas podrían proporcionar un link a Pubmed (o equivalente) a aquellas declaraciones de índole científico que se presenten en las redes sociales, para permitir a los usuarios verificar los hallazgos y juzgar la calidad de los mismos por ellos mismos. Esto podría ayudar a combatir declaraciones y argumentos que se generan a partir de diseños pobremente diseñados, sin poder estadístico y con un elevado número de sesgos. En este sentido, deberíamos como usuarios no aceptar de forma totalmente ciega una recomendación, declaración o los datos presentada por un "diseminador" de las redes sociales sin haber estudiado en profundidad dicha información, haber valorado sus sesgos mediante medios apropiados y haberla contrastado con lo que dice la literatura al respecto. También es importante que, en este proceso, el propio fisioterapeuta se tome un momento para reflexionar sobre sus propios sesgos, motivaciones y conflictos de interés.

Los conflictos de interés en investigación son un hecho desafortunado, pero que ocurren habitualmente. La buena investigación es cara y a menudo no puede darse sin la ayuda de financiación externa. Ejemplos de dichos conflictos de interés incluyen la promoción de una filosofía clínica o modo de pensamiento/actuación en Fisioterapia que está ligado a una plataforma educativa que regenta o dirige uno mismo o dar apoyo a un concepto que da lugar a la compra de productos en los que uno tiene intereses. Las revistas científicas, por ejemplo, tienen medios para vetar los conflictos de interés como "the Committee for Publication Ethics (COPE)" y "the International Committee of Medical Journal Editors (ICJME)", que no existen cuando hablamos de las redes sociales. Tal vez los fisioterapeutas deberían tener una fórmula similar para revelar sus posibles conflictos de interés cuando presenten o discutan contenidos científicos en las redes sociales. Por último, habría que mejorar las habilidades de los fisioterapeutas a la hora de entender mejor los puntos fuertes y débiles de la información que se les presenta en las redes sociales y así hacer un buen uso de eso. Un mejor conocimiento y capacidad de juicio de la calidad científica de la información generada en las redes sociales garantizará sin duda un debate más respetuoso y equilibrado entre todos los usuarios. Ambas partes, aquellos que envían y los que reciben la información, deberían evaluar cuidadosamente la información que es presentada.

El meneo de la coctelera



José A. Polo Traverso

Colegiado de Honor del ICOFCV
 PT, DPT, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
 Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual
 Subdirector de *Fisioteràpia al Dia*

El constante frotar del aguarrás de los años acaba echando a perder el fino barniz de recato con el que, aunque usted no se lo crea sufrido lector, embadurno lo que firmo en esta sección de nuestra revista. Trabajo me cuesta no chorrear veneno por el colmillo pero las circunstancias lo exigen y el respetable lo merece. La pieza de este número es buen ejemplo de ello.

Hablamos de *praxis* en este número y no puedo sino preguntarme qué significa el vocablo y cuántas *praxis* coexisten en la Fisioterapia cuando su *angst* profesional no acaba de resolverse completamente. Gente culta, de la que escribe libros y se los publican, aporta el significado clásico en estas páginas para darle un guiño aristotélico al tema y recordarnos que en la *praxis* se asienta el *pensamiento* razonado, la capacidad de *crear* una realidad de lo inexistente y la voluntad de *hacer* lo que el pensamiento dicta. Las cavernas platónicas, hilozoísmos talesianos y ascetismos pitagóricos acaban irremediable y fatalmente enfrentados en España al chonismo estebaniano, el docusexual hormigoide o la bajeza de miras chiquilicuatrica con resultados tan catastróficos como predecibles. Nuestra minipimer cultural hispánica despacha por un lado al pueblo llano un grueso puré cuajado de grumos que llamamos *hacer las cosas bien* mientras por el otro le sirve al mundo académico y profesional una sopa fina con aromas de esnobismo que llamamos *praxis*. Para tender puentes sociales entre la gente normalota y el pijerío académico hemos acabado bajando esa *praxis* culta del Partenón, arremangándole la toga y embadurnándola en el allioli de las cualidades humanas, siempre subjetivas del tipo *buena o mala*, cualidades invariablemente ligadas a la identidad cultural de los grupos sociales que los académicos toleran y el pueblo llano entiende a la perfección. Ahí, como dice un amigo mío, comenzamos a joder a la burra sin quitarle las alforjas.

Pongamos un ejemplo: la Fisioterapia española y la norteamericana guardan similitudes y diferencias, unas evidentes y otras más sutiles. Asignar cualidades de *buena o mala* para cada una de ellas diferirá en buena medida de la percepción social y profesional de la

“ En la *praxis* se asienta el pensamiento razonado, la capacidad de crear una realidad de lo inexistente y la voluntad de hacer lo que el pensamiento dicta

Fisioterapia en cada país, del marco legal en el que los fisioterapeutas desarrollan su labor y sus competencias jurídicas, pero sus características son lo que son basadas en baremos preestablecidos: son aceptables o no lo son. El devaneo conceptual de *buena y mala praxis* rebaja la profesión a la dicotomía facilona de *cosas bien hechas o cosas mal hechas*, como si el cometido último del fisioterapeuta fuese *hacer* (movilizar, masajear, ejercitar, estirar, potenciar) en vez de *pensar* (examinar, revisar, analizar, diagnosticar, extrapolar). ¿Cómo nos extrañamos de que nos consideren técnicos que aplican la voluntad del médico rehabilitador en vez de doctores en Fisioterapia responsables de examen, diagnóstico y tratamiento? ¿Cómo extrañarnos de que el paciente no piense en nosotros para un dictamen clínico pero nos pida sin recato que le sobemos la pantorrilla? Tildar de *buena o mala la praxis* del fisioterapeuta acaba igualando el número de *praxis* al de fisioterapeutas, ensalzando individualidades en vez de sentar las reglas del juego, favoreciendo la aparición de una *praxis* particular por cada fisioterapeuta; de esta forma mantenemos lo de *a mí me funciona* en vez de *la evidencia lo respalda*. No es posible eliminar la subjetividad de la definición de la *praxis* clínica del fisioterapeuta sin atender a los elementos que separan **la praxis aceptable** de la **inaceptable**, identificarlos y exponerlos a mecanismos reguladores. Debe ser el observador imparcial, alejado de percepciones sociales y con los pies firmemente plantados en la evidencia científica, el que confiera **aceptabilidad** a esa *praxis* basándose en premisas legales, profesionales y



Debatían los griegos si la praxis era buena o mala cuando deberían haberse planteado amueblar el garito para que Diógenes de Sinope no acabase espatarrado en los escalones (La Escuela de Atenas, obra del pintor Rafael Sanzio)

sociales preestablecidas; hacerlo de este modo supone un paso adelante en nuestra profesión, obviarlo y seguir como hasta ahora supone un paso atrás. De ahí que corresponda a los garantes de la Fisioterapia con mayúsculas decidir si ese *hacer las cosas* es correcto o incorrecto, aceptable o inaceptable, ajustada a la legalidad o delictiva. Me parece mejorable el simplismo de pintar la praxis del fisioterapeuta en blanco o negro, *buena o mala*, para describir despropósitos individuales cuando el futuro debe traernos garantes profesionales que la juzguen *aceptable o inaceptable*, garantes que tengan dientes legales bien afilados para corregir una situación *inaceptable* y basen su dictamen en parámetros objetivos en vez de emociones encontradas.

Atender cuarenta pacientes al día o compartir electrodos entre pacientes es *mala praxis* del fisioterapeuta en España e *inaceptable* en Pennsylvania; examinar al paciente, establecer diagnóstico, pronosis y metas clínicas acertadas es *buena praxis* del fisioterapeuta en Pennsylvania y aparentemente *inaceptable* en España. Las diferencias las marcan, sin duda alguna, las instituciones que regulan ambos colectivos profesionales. A la vuelta de una década serán esas instituciones y no el fisioterapeuta de trinchera las que asignen una u otra cualidad a la actuación clínica del fisioterapeuta. Sospecho que esos garantes serán el *Colegio Profesional de la Comunidad Autónoma* y la *Asociación Española de Fisioterapeutas-AEF*, equivalentes del *Licensing Board* y *APTA* en el país de las barras y estrellas.

La buena praxis la deciden los individuos de una sociedad y no va más lejos que a la vuelta de la esquina, la *praxis aceptable* la deciden las instituciones profesionales y define el futuro la Fisioterapia. Para que esto ocurra unos y otros deben mojarse, hacerlo a conciencia y sin hacerse esperar porque abundan los ejemplos. No es ni bueno ni malo, es **inaceptable** para la profesión que al fisioterapeuta español no se le permita decidir si el sujeto es un candidato óptimo para la intervención fisioterápica basándose en datos clínicos objetivos; la *praxis aceptable* exige *a priori* del fisioterapeuta que revise el historial clínico, examine al paciente, coteje datos farmacológicos, establezca pronosis junto a metas funcionales y, llegados a ese punto, informe al paciente de su intención y acepte la responsabilidad de obtener resultados cuantificables en un tiempo razonable. Ante la incertidumbre de obtener resultados significativos el fisioterapeuta *debe* informar al paciente de la alta posibilidad de fracaso terapéutico y, en algunos casos, derivar el paciente a otra especialidad médica para salvaguardar la salud del individuo. La praxis que no sigue este dictado es **inaceptable** independientemente de a

“ Me parece mejorable el simplismo de pintar la praxis del fisioterapeuta en blanco o negro, buena o mala, para describir despropósitos individuales cuando el futuro debe traernos garantes profesionales que la juzguen aceptable o inaceptable



“ Examinar al paciente, establecer diagnóstico, prognosis y metas clínicas acertadas es buena praxis del fisioterapeuta en Pennsylvania y aparentemente inaceptable en España

qué lado del Atlántico nos encontremos.

Es praxis **inaceptable** masificar Centros de Salud y Hospitales públicos españoles. Promover ese potaje refleja la voluntad manifiesta de mamelucos de bata blanca de pasarse la Fisioterapia, la práctica basada en la evidencia y el *Sursum Corda* por la taleguilla. Los tratamientos ineficaces se traducen invariablemente en resultados que no alcanzan una meta clínica específica cuando el juicio clínico del fisioterapeuta se elimina a base de sepultarle diariamente en olor de multitudes; aparentemente todo sacrificio es aceptable en el altar de *la lista de espera*. Ese ninguneo a fisioterapeuta y paciente, ese **execrable** salchicheo humano, ese eterno elefante en el comedor al que todos le hacemos la vista gorda es **inaceptable**. Sin examen no puede existir el diagnóstico y, para el fisioterapeuta que procesa cuarenta pacientes diarios examinar cada paciente, extraer juicio clínico, diagnosticar, establecer prognosis y metas clínicas para a continuación aplicar tratamiento y documentarlo exhaustivamente es más difícil que pelar un coco a pellizcos. No es de extrañar que las redes sociales denuncien que coexisten dos fisioterapias en España, la de pago y la otra, la que puede dedicar tiempo al paciente y la que no. Es insultante e **inaceptable** la praxis de prohibir al fisioterapeuta la capacidad de diagnóstico para rebajarle a mero técnico aplicador de la voluntad del médico rehabilitador quien, aportando menos evidencia científica que el horóscopo del ABC, asume cómodamente el rol dictatorial que la administración le asigna. Poco tengo que esperar de este colectivo pero dejo la puerta abierta para la *rara avis médica* que diagnostica y trata con evidencia, pasa de ultrasonidos y nos respeta como profesionales autónomos con competencias clínicas más allá de supervisar ejercicios. Ya saben dónde me tienen, el primer café lo pago yo.

Es completamente **inaceptable**, legalmente peligroso, indefendible desde cualquier punto de vista e higiénicamente horripilante compartir electrodos entre pacientes o utilizar material terapéutico sin que medie un proceso de desinfección en el proceso. Los garantes de nuestra profesión y las administraciones deben tomar las me-

didias necesarias para remediar esta situación antes de que alguien empapele al fisioterapeuta y lo acuse de negligencia profesional. La pieza de mi buena amiga María José Llácer denuncia las condiciones a la que están sujetos los fisioterapeutas de atención primaria en Centros de Salud de una España a la que le falta un hervor en materia sanitaria: cuando no te dan los medios necesarios se hace lo que se puede con lo que se tiene pero esta praxis sigue siendo **inaceptable**.

Estoy de acuerdo con *Mary Joe* en que la disponibilidad de medios al alcance del fisioterapeuta puede determinar el resultado de la intervención pero los medios, sean estos técnicas o equipos clínicos, no pueden ni deben definirnos. Observar ruedas de hombro, bancos de Colson, jaulas de Rocher, mesas con pelotas de goma colgando de una cuerda y lámparas de infrarrojos huérfanas de patatas fritas en los centros de atención pública españoles me provoca úlcera de duodeno, aún más cuando observas el mismo panorama un año tras otro. Llegados a este punto voy a disentir por primera vez con la valerosa y entregada a su profesión doctora Llácer para opinar que el fisioterapeuta tiene la obligación profesional de basar su *praxis* clínica en la certidumbre de obtener resultados cuantificables; a mayor certidumbre, mayor la obligación del fisioterapeuta de obtener dichos resultados. De no ser así, ¿cómo justificar que aceptemos la responsabilidad legal y ética de tratar un paciente del que no esperamos mejora funcional en un tiempo razonable? ¿Cómo ejecutamos acciones terapéuticas que sabemos ineficaces porque lo dice el rehabilitador? ¿Cómo exigimos pago por nuestros servicios si no estamos dispuestos a garantizar los resultados cuantificables que establecimos en nuestras metas terapéuticas? Es evidente que no podemos garantizar el alcance de esos resultados a pesar del celo profesional, prudencia, observancia y rigor científico que le pongamos al asunto pero debemos mostrarnos reacios a aceptar un paciente como tal a no ser que poseamos la certidumbre necesaria para establecer una acción terapéutica determinada. Los fisioterapeutas son los profesionales sanitarios óptimos para determinar qué paciente es candidato para la intervención fisioterápica; lo puedo gritar desde los balcones

“ El fisioterapeuta debe informar al paciente de la alta posibilidad de fracaso terapéutico y, en algunos casos, derivar el paciente a otra especialidad médica

“ Los fisioterapeutas son los profesionales sanitarios óptimos para determinar qué paciente es candidato para la intervención fisioterápica



El Bond de Sean Connery se daba latigazos hepáticos con la misma elegancia con la que seducía a la marquesa del Artifoï, por bajinis y sin pestañear. El personaje de Daniel Craig es mucho más peleón y en consecuencia las coge mortales mientras se trabaja a la Manoli. Buena cosa sería que aprendiésemos de ambos para darle fuerte y flojo a los que tratan de darnos matarile profesional

pero no lo puedo afirmar con mayor claridad. Para finalizar este posible *nos causa belli*, este alegato que pretende denunciar y despertar la reflexión de nuestras instituciones a grito pelado quiero destacar que la *praxis aceptable* de nuestra profesión se parece bastante a la forma en que ligo hielo, vermut y ginebra en las tardes de verano o cuando escribo una pieza especialmente peliaguda para usted, amable lector que soporta mi hipérbole gramatical un año tras otro. Hallar la proporción justa de elementos, escogerlos cuidadosamente, verterlos en la coctelera y agitar lo suficiente para que el resultado sea satisfactorio no es fácil querido lector, se lo digo yo que tengo mucha mili hecha. Mientras le coges el tranquillo al asunto buscando que te salga una *buena praxis* que además sea *aceptable* al paladar, te castigas el hígado de lo lindo trasegando *mala praxis* que haces *aceptable* a regañadientes porque te cuesta mucho tirar ginebra peleona por el desagüe. Es de esperar que cuando la *praxis* resultante pase el umbral de aceptabilidad establecida de antemano o el Martini nos salga para arrancarle lagrimones a James Bond no nos duelan mucho los brazos de tanto agitar y lo podamos saborear a gusto, entre amigos. No se usted, querido lector, pero a mí me parece que tendríamos ya que estar cansados de darle meneo a la coctelera.

Fisioteràpia

La buena praxis



José Lendoiro Salvador

Colegiado 1457

Fisioterapeuta y Doctor en Fisioterapia



Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações

Autor: **Paulo C. P. Deliberato** Ed.: Manole (2017, 2ª Ed.) ISBN 9788520451052 Pgs: 316 P. a.: 50 €

El autor de este libro, fisioterapeuta y profesor universitario, nos ofrece un manual de interés sobre la Fisioterapia Preventiva. La primera parte está dedicada a la relación de la Ciencia de la Fisioterapia con la Salud Pública (saúde coletiva), con capítulos sobre los fundamentos de la Fisioterapia preventiva, la prevención de accidentes y los fundamentos de la Salud Pública.

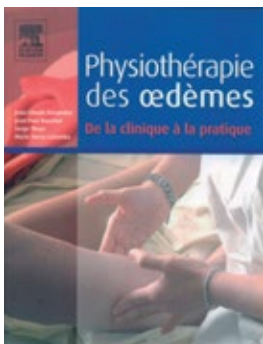
En su segunda parte, se detalla las características y aplicaciones de la Fisioterapia preventiva, siendo la tercera y última parte del libro la que está dedicada a la Fisioterapia preventiva laboral, detallando el importante papel para garantizar la salud de los trabajadores.

No menos interesante es el último capítulo sobre el "modelo de actuación preventiva en Fisioterapia del

trabajo": etapas de implantación, medidas preventivas, métodos de actuación, fichas de análisis descriptivos, fichas de riesgos de accidentes, de riesgos de fatiga mental, ..., programas integrales de educación, programas posturales, fichas de evaluación, programas de ejercicios, integración en las empresas, aspectos legales, ...

Cada capítulo está acompañado de la bibliografía y documentación respectiva, añadiendo al final del libro glosario e índice temático.

Configurándose en un manual para iniciar la formación en Fisioterapia preventiva (domiciliaria, escolar, y laboral), y su importante participación en Salud Pública o Comunitaria.



Physiothérapie des œdèmes: de la clinique à la pratique

Autores: **Jean-Claude Ferrandez, Jean-Yves Bouchet, Serge Theys, María Torres Lacomba** Ed.: Elsevier Masson (2016) ISBN 9782294741920 Pgs: 211 P. a.: 50€

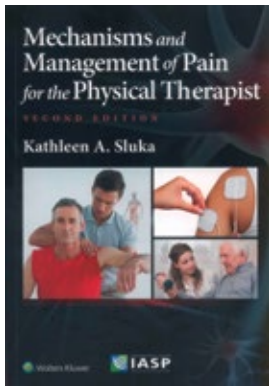
Estos autores fisioterapeutas, junto con la colaboración de otros siete fisioterapeutas y diez médicos, han publicado un destacado libro sobre el tratamiento de los edemas con Fisioterapia, que no podemos dejar de mencionar.

En los tres capítulos de su primera parte se presentan algunas características de la circulación linfática (profunda y superficial), y las unidades de microcirculación. El de mayor interés y desarrollo es el capítulo tercero sobre la fisiopatología de los edemas y características: intercambio de líquidos transcapilares y autoregulación del volumen hídrico intersticial, función de drenaje del sistema linfático, principales características fisiopatológicas de los edemas (aumento de la presión hidrostática intracapilar, disminución de la presión oncótica plasmática, aumento de la permeabilidad capilar, aumento del área funcional de intercambio capilar, así como el déficit de drenaje linfático propio de los linfedemas.

Las técnicas fisioterápicas para el tratamiento de los edemas son detalladas en los seis capítulos de la segunda parte, sobre el drenaje linfático manual y otros drenajes manuales, procedimientos de contención/compresión, presoterapia y drenaje postural. Termina esta parte con un capítulo sobre el cuidado de la piel en los pacientes con linfedemas.

Sobre los tratamientos clínicos y prácticos de los edemas se incluyen doce capítulos, recogidos en la tercera parte del libro. Se plantea el tratamiento de edemas en diferentes afecciones, como los edemas y sus variaciones en el muñón tras amputaciones, reeducación en síndromes post-trombóticos, edemas de cicatrización en heridas de origen vascular en miembros inferiores, en piernas pesadas o cansadas, edemas post-quirúrgicos de la mano y rodilla, edemas por fracturas, esguinces y hematomas, edemas por secuelas de cirugía reparadora o estética, y edemas por embarazos.

En los once capítulos siguientes, que corresponden a la cuarta y última parte, queda planteado el tratamiento de linfedemas. Comienza con su valoración, estrategia de gestión y prevención, para plantear el tratamiento de los linfedemas primarios en los miembros, los linfedemas secundarios en miembros inferiores y superiores -con varios casos clínicos-. En otro capítulo se deja planteado los tratamientos manuales en linfedemas de secuelas de cánceres de cara, cuello y glándulas salivares. También se dedica espacio al tratamiento médico de las infecciones de linfedemas, a la importancia de la formación de los pacientes y al ejercicio terapéutico. Completan este destacable libro la bibliografía de cada capítulo, así como su aportación de imágenes, cuadros, esquemas e índice temático.



Mechanisms and management of pain for the Physical Therapist

Editor y director: **Kathleen A. Sluka** Ed. Wolters Kluwer and IASP (International Association of Study of Pain) (2016, 2ª ed.) ISBN 9781496343239 Pgs: 448 P. a.: 70 €

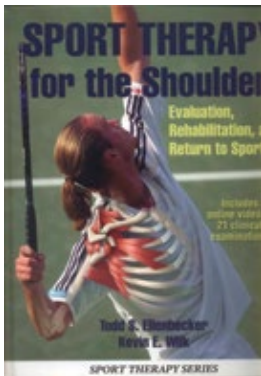
Este libro lo realizan de forma colectiva 20 fisioterapeutas dirigidos por Kathleen A. Sluka. En los cinco capítulos de la primera sección, se tratan los conceptos básicos y mecanismos dolorosos: definiciones, conceptos, modelos de dolor, vías periféricas implicadas en nocicepción, y su relación por el sistema nervioso central, el control motor y el dolor. Destacamos el interés del quinto capítulo, dedicado a las diferencias individuales de los procesos dolorosos, así como la variabilidad y evolución de dichos procesos.

La segunda sección recoge ocho capítulos sobre el tratamiento del dolor mediante las terapias propias de la Ciencia de la Fisioterapia, desde los procesos de evaluación y anamnesis, los principios generales de la práctica fisioterápica, y sus influencias específicas en los mismos, la importancia de la información a los pacientes, la hipoanalgesia inducida por el ejercicio terapéutico, utilización de Electroterapia (TENS y terapia in-

terferencial) y de la termoterapia, además de Terapias Manuales.

Uno de los aspectos a tener muy en cuenta, está recogido en los tres capítulos de la tercera sección, dedicada a la colaboración entre las diferentes Ciencias de la Salud en el tratamiento de los procesos dolorosos (Fisioterapia, Enfermería, Odontología, Psicología, Medicina, ...).

La última sección detalla las actuaciones en siete síndromes dolorosos de importancia: dolor miofascial y fibromialgia, afecciones temporomandibulares y dolores de cabeza, lumbalgias, cervicalgias, neuropatías, artrosis, artritis, así como dolores por afecciones del sistema central nervioso. En el último capítulo se exponen varios casos clínicos para su estudio. Cada capítulo está acompañado de una extensa documentación, gráficos, cuadros, e ilustraciones, terminando con un índice temático.



Sport therapy for the shoulder: evaluation, rehabilitation and return to sport [includes online videos of 21 clinical examinations]

Autores: **Todd S. Ellenbecker, Kevin E. Wilk** Ed. Human Kinetics Books (2017) ISBN 9781450431644 Pgs: 225 P.: 50 €

Los fisioterapeutas que escriben este libro, lo han organizado en cuatro partes, con dos capítulos cada una de ellas. En la primera se plantean los aspectos anatómicos y biomecánicos del complejo del hombro, tales como estructura articular, musculatura, estructuras adicionales, sistema neurovascular, los principios biomecánicos de dicha estructura, así como las principales estructuras implicadas en los movimientos más agresivos de deportes como el voleibol, golf o natación.

En la segunda parte, primero se detalla el examen clínico fisioterápico, valoraciones, evaluaciones y anamnesis, de la estructura articular y del complejo muscular del hombro. En segundo lugar, quedan planteadas las diferentes afecciones lesionales, tanto del manguito de rotadores, como de la inestabilidad articular.

La aplicación de la Ciencia de la Fisioterapia en la recuperación de las lesiones del hombro, se aborda en la tercera parte. Primero en la progresiva recuperación de las lesiones, con programas de ejercicio terapéutico con atención fisioterápica. En segundo lugar en la recuperación post-quirúrgicas de las lesiones de esta articulación, en la que los autores han realizado un esfuerzo para detallar la actuación fisioterápica semana a semana, hasta los 4, 6 y 9 meses.

También es de gran interés la última parte, dedicada a la asistencia fisioterápica en la transición a la vuelta a la actividad deportiva, detallando la toma de decisiones clínicas para facilitar dicho retorno al ejercicio, con sus intervalos de transición. Además, aportan información sobre dicha transición en deportistas dedicados al tenis, baloncesto, natación y golf. La extensa bibliografía está incluida al final del libro, junto a un índice temático.

Colabora con la biblioteca del ICOFCV

Desde el Racó del Llibre, queremos reiterar la **invitación** para que los fisioterapeutas nos remitan sus **comentarios bibliográficos** de los **libros que publiquen o de los que consideren interesantes para su práctica clínica, investigadora y docente**. Esperamos contar con la máxima colaboración para que podamos enriquecernos con las reflexiones y conclusiones científicas de los fisioterapeutas que trabajamos en la Comunidad Valenciana.



Dispone de toda la formación del ICOFCV actualizada en la web
www.colfisiocv.com

Cursos monográficos organizados por el ICOFCV

II Jornada Internacional - Fisioterapia escolar y diversidad funcional: de la escuela a la vida adulta

Fechas: 27 y 28 de octubre de 2017
 Lugar: Paraninf de la Universitat Jaume I (Ada Vicente Sos Baynat s/n, Castellón de la Plana).
 Duración: Viernes de 9:30h a 21:30h y sábado de 8:30h a 20:00h.
 Más info: www.jornadaicofcv.org

Fisioterapia en el paciente respiratorio

Fechas: 17, 18 y 19 de noviembre de 2017
 Ponente: Dra. Maria dels Àngels Cebrià i Iranzo
 Lugar: I.C.S. Elx (C/ Carlos Antón Pasor nº 13, 03206 Elche, Alicante)
 Importe: Colegiados ICOFCV: 190 € /colegiados de Otros Colegios con convenio: 190 € / colegiados de Otros Colegios sin convenio: 380 € / Estudiantes de Fisioterapia 4º curso: 260 €
 Duración: 20 horas (viernes de 15:30h a 20:30h / sábado de 9:00h a 14:00h y de 15:30h a 20:30h / domingo de 9:00h a 14:00h)

Tratamiento de las patologías más comunes mediante el tejido fascial

Fechas: Finales de noviembre / principios de diciembre (pendiente de cerrar).
 Ponente: D. Joaquín Villarta Ibáñez
 Lugar: Fisioclinic Formación (C/ José María Bayarri, nº 7 bajo fondo, 46014 Valencia)
 Importe: Colegiados ICOFCV: 150 € / colegiados de Otros Colegios con convenio: 150 € / colegiados de Otros Colegios sin convenio: 300 € / Estudiantes de Fisioterapia 4º curso: 180 €.
 Duración: 20 horas (viernes de 15:30h a 20:30h / sábado de 9:00h a 14:00h y de 15:30h a 20:30h / domingo de 9:00h a 14:00h).

Examen clínico y diagnóstico diferencial en el raquis cervical proximal.

Signos clínicos constitutivos de peligro. Valoración de la función vestibular en individuos con vértigo. 1ª y 2ª Ed.

Fechas: 1ª edición 30-31 de octubre / 2ª edición 2-3 de noviembre
 Ponente: Dr. José Antonio Polo Traverso.
 Lugar: Valencia.
 Importe: Colegiados ICOFCV: 150 € / Colegios de Fisioterapia con convenio: 150 € / Colegios de Fisioterapia sin convenio: 300 € / Estudiantes Fisioterapia 4º curso: 180 €
 Duración: 16 horas (de 9:00h a 14:00h y de 15:30h a 18:30h).

Cursos organizados por otras entidades

MÁSTER OFICIAL, TÍTULO PROPIO

UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA

Tel.: 96 136 90 00
www.uchceu.es

Máster Universitario en Fisioterapia Deportiva (60 ECTS)

Organizador: Universidad CEU Cardenal Herrera.
Fecha: De octubre de 2017 a julio de 2018.
Lugar: CEU-UCH. Campus de Moncada - Alfara (Valencia).
Duración: 1 año.
Modalidad: Presencial.
Importe: 7800 €.

Título de Experto en Acupuntura (21 ECTS)

Organizador: Universidad CEU Cardenal Herrera.
Fecha: De octubre de 2017 a julio de 2018.
Lugar: CEU-UCH Centro de Elche (Pla Reyes Católicos, 19).
Duración: 1 año.
Modalidad: Presencial.
Importe: 1990 €.

Título de Experto en Ecografía Músculo-Esquelética (16 ECTS)

Organizador: Universidad CEU Cardenal Herrera.
Fecha: de octubre de 2017 a mayo de 2018.
Lugar: CEU-UCH. Campus de Moncada - Alfara (Valencia)..
Duración: 7 meses.
Modalidad: presencial.
Importe: 2000 €.

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS ICAI-ICADE

Tel.: 91 893 37 69
www.comillas.edu/es/

Máster Universitario en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva (60 ECTS)

Organizador: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios".
Fecha: de octubre de 2017 a julio de 2018.
Lugar: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios".
Duración: 1 año.
Modalidad: presencial.

CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

TMO FORMACIÓN

Tel.: 690 640 520
www.terapia-manual.com

Terapia Manual Ortopédica

Fechas: Del 2 de febrero de 2018 al 1 de julio de 2018.
Lugar: Clínica Neuronova (Elche).
Duración: 140 horas (70 teóricas y 70 prácticas).
Importe: 1400 €.

FORMACIÓN EN FISIOTERAPIA Y TERAPIAS MANUALES

Tel.: 696 00 66 44
www.formacionenfisioterapia.com

Diploma en Inducción Miofascial Nivel I. Programa Actualizado. 1ª Edición 2017/18

Fechas: 4 seminarios (15 diciembre 2017 al 23 septiembre 2018).
Lugar: Guadalupe, Murcia. Duración: 88 horas. Importe: 1250 €.

Diploma en Inducción Miofascial Nivel II. Programa Antiguo. Última Edición 2017/18

Fechas: 3 seminarios (11 de diciembre de 2017 al 7 octubre 2018).
Lugar: Guadalupe, Murcia. Duración: 73 horas. Importe: 1050 €.

Cursos de otros colegios profesionales

COLEGIO DE FISIOTERAPEUTAS DE NAVARRA

Tel.: 948 174 806
info@cofn.net / www.cofn.net

Curso ejercicio físico, embarazo y recuperación postparto: indicaciones y contraindicaciones desde la evidencia científica.

Fechas: 20, 21 y 22 de octubre de 2017.
Lugar: Hotel Albret (C/ Ermitagaña n° 3, Pamplona).
Duración: 20 horas.
Importe: 230 €.

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els fisioterapeutes que s'han col·legiat des de l'1 de juliol al 18 de setembre de 2017.

Albacete

5769 Carmen Coloma Minaya
5806 Jacobo Candel Montes

Alicante

2603 Belén Marco Marco
2776 Rubén Villatoro García
3773 Laura Pérez Cruz
5738 Paula Marquina Cárceles
5744 Alberto Leal Gil
5747 Lidia Sánchez Guerrero
5749 María Teresa Vilella Antón
5754 Gonzalo Fructuoso Souto Bayarri
5755 David Alemañy Navarro
5757 David Zalabardo Lacalle
5759 Carmen Bascuñana Mas
5761 Antonio Simón Castro
5763 Antonio Busquier Carratalá
5764 Cristina Vallés Martín
5767 Stephane Grondin González
5770 Paloma López Escribano
5771 Yolanda Vilella Canals
5772 Noelia Carpetano Rubio
5776 Héctor López Pastor
5778 Sandra Corbí Peidro
5780 Marta Bujardón Llorca
5781 Victoria López Amorós
5786 Carmelo Ortola Piera
5787 Jorge Bañuls Córdoba
5792 María Dolores Barragán Molino
5793 Javier Acosta Blanco
5796 Nicolás Alcaide Ariza
5798 Pedro Antonio Ortega Solano
5799 Anastasia Zudina
5801 Celia Gómez Montañez
5804 Carlos Millor Vela
5807 Ana Piernas González
5811 Andrés Sempere Agulló
5812 David Nieto Galvañ
5816 Antonio Fernández Blanco
5818 Ana Belén Ferrández Domenech
5819 Marta Latorre Pareja
5820 Amaya Álvarez Curto
5823 Andrea Brotons Albujer
5834 Pablo Fuster Fuster
5835 María Esperanza López Martí
5836 Rodrigo Santiago Ferre Vicedo

5839 Jorge Argibay Posada
5848 Pablo Sola Toscano
5854 Silvia Valderas Sánchez
5855 José Luis Sánchez Mazón
5856 Belén Guardiola Leal
5863 Iris Guirao Martínez
5864 Sergio Lozano Martínez
5868 Antonio Cano Santamaria
5876 Alejandro Beltrán Yago
5878 Cristina Salar Andreu
5879 Alejandro Tormo Pascual

Castellón

682 Elena Mellado Sánchez De Medina
2945 Andrea Asensi Gandía
4063 Alba Sánchez Sanmartín
5347 Raúl López Piñón
5731 Afra García Ipa
5743 Juan Diego Sánchez-Alcón Sánchez
5773 Teresa Gómez Vives
5775 Sergi Ripollés Gil
5791 Marta López Lucas
5794 María García Manzanet
5795 Ainhoa Montoliu Montañés
5829 Pablo Navarro Latorre
5830 Xavier Aracil Farnós
5847 Amparo Beltrán Badenes
5853 Andrea Domenech Valls
5858 Óscar Rubert Ros
5873 José Javier Gallardo Fernández
5880 Alba De Ben Sánchez

Cuenca

5766 Alberto Cavero Haro
5774 Rubén Hidalgo Bascuñana

Teruel

5760 Aitor Hinojo Martínez
5825 Miguel Feliz De Vargas Viñado

Toledo

5808 M^ª Mercedes Gutiérrez Sánchez De La Fuente
5827 Raquel Menchero Sánchez-Cifuentes

Valencia

-
- 780 Francisca Arnau Ballesteros
 - 2647 María Dolores Piquer Fontelles
 - 3575 Araceli Fernández Bonet
 - 5728 Fernando Castro Roman
 - 5729 Sara Mollà Casanova
 - 5730 Ignacio Marzal Abreu
 - 5732 Carmen Marco Fernández
 - 5733 Miguel Christian Hernández Juan
 - 5734 Nuria Miranda Macías
 - 5735 Ignacio Fornas Balanzá
 - 5736 Javier Piqueres Gausi
 - 5737 Monica D'Antonio
 - 5739 Anael Sanmartin Reche
 - 5740 Javier Perales Soriano
 - 5741 Guillermo Camarasa Serrano
 - 5742 Lidia Martínez Martínez
 - 5745 Andreu Esteban Ginestar
 - 5746 Mercedes García Fernández
 - 5748 Julia Cerrillo Sanchis
 - 5750 Patricia Santamaría Grancha
 - 5751 Sonsoles Conejero Ramos
 - 5752 Raúl Pérez Tormos
 - 5753 Álvaro Alós Ampudia
 - 5756 Roberto García-Carpintero Solsona
 - 5758 Asier Casanova Calvillo
 - 5762 Néstor Andrés Mariñas
 - 5765 Elena Martín Carvajal
 - 5768 Assumpta Climent Toledo
 - 5777 Beatriz Benito Ibáñez
 - 5779 Cristian Carlo Cannella
 - 5782 Beatriz Chofre Gómez
 - 5783 Fernando Morente Verdugo
 - 5784 Miquel Bonafont Olivares
 - 5785 Robert Francesc Gadea Mira
 - 5788 Arcadio Melero Bermejo
 - 5789 Edgar Colomer Ferri
 - 5790 Roberto Mayo González
 - 5797 David Peñarrocha Planells
 - 5800 Juan Vicente Estruch López
 - 5802 Josep Cotano Gascó
 - 5803 Hugo Tormo Boix
 - 5805 Roberto José Rodrigo Masia
 - 5809 Francisco Javier Amorós Burguete
 - 5810 Carlos Gil Rico
 - 5813 Ignacio Samuel Álvarez Mira
 - 5814 Rebeca Soriano Marí

- 5815 María Ponce García
- 5817 Rafael Martí Real
- 5821 David Ribera Codina
- 5822 Irene Alemany Galan
- 5824 Laura Hernández Martínez
- 5826 Cristina Cerro Fenollosa
- 5828 Irina Pascual La Osa
- 5832 Salvador Peiró Fayos
- 5833 Ferran Cuñat Benlloch
- 5837 Sergio Macías Lluch
- 5838 Natalia Ruiz Carrilero
- 5840 David Dolz Salom
- 5841 José Luis García Minguet
- 5842 Marta Encarnación Ramírez
- 5843 Guillermo López Pérez
- 5844 Joan Canet Torró
- 5845 Javier De La Fuente Gimeno
- 5846 Adrián Valverde García
- 5849 Marta Mora Real
- 5850 Lorena Ayuso Grau
- 5851 María González Álvarez
- 5852 Vicent Talens Vercher
- 5857 Marilyn Alcácer Ortiz
- 5859 María Del Carmen Moratalla Navarro
- 5860 Berndt Vertommen
- 5861 Josep Soria Puig
- 5862 Lucía Piñeiro Rego
- 5865 María Pilar Arias Cañamero
- 5866 Ismael Vargas Villanueva
- 5867 Miriam Martí Cervera
- 5869 Agustín Gestoso Ponzo
- 5870 Astrid Dayana Ostberg Tricas
- 5871 Borja Roselló Tronchoni
- 5872 Iván Monzó Peñalba
- 5874 Celia Jiménez Gómez
- 5875 Juan Jesús Contelles Llorens
- 5877 Alexandre Picazo Oliver
- 5881 Lance Paulano Hernández
- 5882 Beatriz Ros Lozano
- 5883 José María San Emeterio López
- 5884 Andrea Pérez Rubio
- 5885 Baltasar Ignacio Cases Devís

Zaragoza

-
- 5831 Mar Sanz Martínez

Participa al teu Col·legi



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL
 DE FISIOTERAPEUTES
 DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, agradecemos vuestra colaboración y esperamos que esta sección sea de utilidad para todos.

Busco

ARTROSPORT es un centro especializado en la recuperación de lesiones deportivas y el tratamiento de la artrosis, cuyo principal objetivo es facilitar, una cuidada y personalizada atención, la recuperación en el menor tiempo posible y con las máximas garantías de las lesiones o patologías de sus pacientes. Estamos en condiciones de ampliar el abanico de profesionales, especialidades y servicios ofertados. Tanto si visitas a tus pacientes en sus domicilios, como si posees una clínica particular, trabajar desde nuestras instalaciones te permitirá obtener un ahorro inmediato en tus gastos de actividad (alquiler, luz, agua, personal de recepción, administración, etc..) rrrhh@artrosport.com
Teléfono: 965242721/ 605017917

Precisamos material de Fisioterapia de segunda o tercera mano para equipación de Sala de Fisioterapia del Centro Penitenciario español y Centro Hospitalario de Camerún-Centro Médico de Bambali (ONG Colores de Camerún).
Miguel Darriba
e-mail: migueldargo@hotmail.com
Teléfono: 926550000 ext 103 //

Compra

Necesito comprar una camilla hidráulica de 3 cuerpos. José Antonio Torres Zaragoza.
Teléfono: 620 23 43 91
e-mail: crf33@hotmail.es.

Estaría interesada en comprar camilla bobath eléctrica de pedal y de 100x190 cm en buen estado. Pagaría hasta 700 euros. Mª Loreto Romero Colomer
Teléfono: 699751662

Venta

Mesa de mano de fisioterapia. Es un aparato de cinesiterapia que permite la rehabilitación de mano, dedos, muñeca, codo y tobillo. 350 € negociables.
Daniel Torres Boyero. vicentetorresg@telefonica.net. Tef. 606055282

Láser de CO2 de Elettronica Pagani. Con emisión continua y pulsada hasta 15 W con scanner y ajuste automático de tiempo y energía, con 2 pantallas de LCD con memoria para patologías programadas standart y especiales. En perfecto estado.

Precio 6000 euros, negociable.
Beatriz Alonso.
beatriz_alonso@yahoo.es
630052675

Vendo mobiliario y aparatos de clínica de fisioterapia. Incluye: mostrador, despacho completo, taburetes, 8 camillas, 2 aparatos onda corta, 2 lámparas de infrarrojos, jaula de ~~Rocher~~, plato de boehler, rueda, aparato musculación salter fitness, espaldera salter, complex, 1 tens, presoterapia profesional, cicloergometro, panel de poleoterapia, juego de pesas, taquillas, etc. Precio: 3.800 euros
Tfo. 600535253 (Javier)

Vendo plataforma vibratoria Globus Physio Wave 500 basculante.
Precio 1000 euros negociables.
Ángel.
Teléfono: 609607032

Se vende grúa virmedic E130 con arnés y respaldo válidos para ducha para personas con movilidad reducida. Max 130kg. Con batería nueva y mando a distancia para su control. Fácil de usar. En perfecto estado, muy cuidada. 500 euros. José Ramón Ros Casas.
josrc_6@hotmail.com.
635044026

Vendo Plataforma Vibratoria Body Coach de uso profesional. En muy buen estado, se vende por falta de espacio en este momento. Costo 5000€, la vendo por 2,700€. Sandra Escuin.
Fisioterapiaoassis@gmail.com
658890957

Venta camilla plegable Enraf Nonius. Camilla plegable de aluminio con funda y asas, altura ajustable. Venta por falta de uso. Estado impecable. Precio 200 €. Efrain Huerga Pérez
e-mail: flmovagandia@gmail.com
Teléfono: 676158925

Se vende clínica de fisioterapia en el centro de Valencia. Se trabaja junto con un médico rehabilitador y otro fisioterapeuta. Con amplia cartera de pacientes, tanto particulares como de seguros privados (adeslas, asisa, mapfre, etc). Más de 40 años de experiencia. Se vende esta participación por no poder atenderla. Consta de una sala de espera amplia, dos despachos, cuatro boxes individuales, dos gimnasios, uno para hombres y otro para mujeres y tres cuartos de baño.
Carmen Mª Alacreu Navarro
e-mail: carmenalacreu@hotmail.com
Teléfono: 660655343

Equipo de cavitación: Cavislim YS30 con medio año de garantía. Uso preferente semiprofesional. Plataforma vibratoria: Evolution 1200. 2 años y medio. Tiene modo drenante para combinar con cavitación y modos para actividad física o relajación. Ambos en estado perfecto y por 300€. A recoger en Valencia capital (Patriaix). Alma Paula Aranda Canet
e-mail: paula@fisiopedagogica.com
Teléfono: 636435301

Alquiler

Centro de actividades sanitarias con licencia sanitaria. Comparte instalaciones. 2 consultas a elegir con posible actividad (fisioterapeuta, psicología, nutricionista, médico, podólogo...) Dispone de sala de espera, mesa de recepción totalmente equipada con ordenador, apto para profesionales que requieran secretaria. El precio incluye luz, agua e internet. En pleno centro de Sueca. Precio a convenir. Interesados llamar al 605044980.

Alquilo consulta de fisioterapia -compartida- en zona Abastos. 2 salas equipadas con camillas de Osteopatía y fisioterapia. 1 sala despacho y 1 sala gimnasio de 50m2. Dispone también de "office" para descanso. Por horas a tiempo parcial o completo. Encarna 660868124. encarna.espunya@gmail.com

Clínica dental recién reformada en el centro de Picanya alquila uno de sus gabinetes para fisioterapeuta. Se trata de un box de 12 m2 en perfecto estado. Se alquila por 40€ al día o negociable precio mensual. Incluye servicio de recepción, sala espera, despacho, baño para pacientes, gastos incluidos. Carlos Alvarino. 669479308 clinicalvarinocruz@gmail.com

Se alquila consulta de fisioterapia en pleno centro de Valencia -compartida-. Dispone de todo el material necesario. Libertad de horarios. Alquiler económico. Laura 669696740. lbeltranfisio@gmail.com

Alquilo sala tratamiento a fisios, podólogos, medicos, profesionales de la salud en general por meses. Clinica registrada en la Conselleria de Sanitat. Xirivella. 963794043. Marian Valero. marianosteoo@gmail.com

Se alquila amplia sala destinada para un fisioterapeuta en la clínica Pie y Salud podología ubicada en zona céntrica de La Vall d'Uixó (Castellón). N° de registro sanitario 7559. Gastos incluidos en la mensualidad. Servicios actuales: Podología, Nutrición deportiva y Laboratorio de análisis clínicos. Contactar con: Javier 625.803.973 javierpodologia@pieysalud.es

Alquilo box de fisioterapia en Clínica de nueva apertura. El box cuenta con camilla, mesa, lavabo, sillas, carrito para material y expendedor de papel desechable. Clínica Corpore Sano Fisioterapia, situada en Avda. Ausias March, N° 9 de Valencia. Interesados contactar: 960712218-606750800 (Sonia Monteagudo).

En centro Atrium Carmen Castellero alquilamos despacho para psicología y fisioterapia los martes y jueves. El alquiler podrá ser por semanas o mes. Para más información llamar al 610993981. Lorena Martínez. lorena.marba@gmail.com.

Se alquila o traspasa consulta de fisioterapia en Vall d'Alba, situada a 20' de Castellón. Totalmente equipada: dos salas de tratamiento y gimnasio, oficina, sala de espera y amplio baño adaptado, 90m2; con todas las licencias, inscrita en el registro de centros de fisioterapia de la C.V.; con una cartera importante de clientes y varias aseguradoras, en pleno funcionamiento. Por imposibilidad de atender. Precio a convenir. 615141417.

Se alquila gabinete de Fisioterapia totalmente equipado más despacho médico para pasar consulta. Todos los servicios incluidos. Situado en Valencia, distrito de Zaidía. Alquiler 300€/mes. Preguntar por Carlos. Teléfono de contacto: 619152907

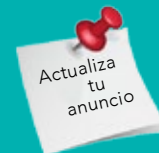
Alquiler de consulta médica (mañana, tardes, por horas) para profesionales sanitarios, en pleno centro de Valencia: registrada en sanidad con el n° 04821. En la actualidad cuenta con: Cirujano plástico, Médico generalista, Nutricionista, Podóloga y Enfermera. C/ San Vicente Mártir, 72 pta 2. Llamar al 653796117 y preguntar por Teresa.

Se alquilan despachos para fisioterapeutas en nuevas instalaciones en Castellón. Incluye: personal recepción, gestión de llamadas y cobros. Climatización. Internet. Contenedor de residuos biológicos. Suministros de agua y electricidad. Llamadas telefónicas nacionales. TPV. Seguro de responsabilidad civil. Placa exterior con nombre. Posibilidad alquiler por días y horas. Fácil aparcamiento. Pablo Arnau . Tfno: 693.80.60. e-mail: contacto@lledo61.com

Traspasos

Traspaso clínica de fisioterapia, psicología y nutrición en Campanar, situada en avenida principal con mucho paso de gente. En funcionamiento desde el 2015, se traspasa por situación familiar. Oportunidad única para emprendedores, profesionales de la salud o inversores. Totalmente equipada y acondicionada. Con todas las licencias necesarias en vigor para el desarrollo de distintas actividades sanitarias: fisioterapia, psicología y nutrición.

Se traspasa centro de Fisioterapia en Villena por jubilación. 28 años funcinando ininterrumpidamente. Interesados contactar al 965808915- 680317747. José García Hernández



Con el objetivo de tener actualizada esta sección, se ruega a los anunciantes que comuniquen al *Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana* los cambios que se hayan producido en sus anuncios.

Así mismo, es importante recordar que los anuncios que se hayan publicado durante un año completo, es decir, cuatro números, serán retirados del Tauler.

Para reinsertarlos, los interesados tan sólo deberán volver a enviar la información o solicitar explícitamente su continuidad.

Convenios con descuentos y ventajas para los colegiados

El ICOFCV ha establecido colaboración con diversas entidades de diferentes ámbitos y sectores con importantes descuentos y ventajas para sus colegiados.



Visita el apartado "Convenios" en la zona privada de www.colfisiocv.com y conoce todos los acuerdos con empresas de los que, como colegiado del ICOFCV, te puedes beneficiar

Algunos colaboradores

Síguenos en Facebook, en Twitter y en Youtube



Gracias a todos los que nos seguís y a aquellos que aún no os habéis sumado, os invitamos a formar parte de nuestra comunidad.



Facebook (Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana / @colegiofisioterapeutascv),
Twitter (@Icofcv) y Youtube (ICOFCV)

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Bonificamos tu cuota de colegiado

10%

de tu cuota de colegiado máximo 50 €/anuales.*

+

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+

Remuneración hasta

3%TAE

Primer año hasta 2,74% TAE. Saldo máximo a remunerar 10.000 euros.¹

+

1%

de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.²

Llámanos al **902 383 666**, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

*Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado hasta un máximo de 50 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.

1. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Si se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO.

En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.

Rentabilidad primer año: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,8191% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo desde el alta de la cuenta).

Ejemplo de liquidación: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia mensual; intereses liquidados en el año: 270,82 euros.

Rentabilidad resto de años: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo a contar desde el segundo año de la cuenta). Ejemplo de liquidación: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia mensual; intereses liquidados en el año: 295,96 euros.

2. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus. Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida a partir del 6 de febrero de 2017.

Puede hacer extensiva esta oferta a sus empleados y familiares de primer grado.

sabadellprofessional.com

Captura el código QR y
conoce nuestra news
'Professional Informa'



II JORNADA INTERNACIONAL

IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Fisioteràpia Escolar i Diversitat Funcional: de l'escola a la vida adulta



Quan?

27 i 28 d'octubre
2017



A on?

Paraninf de la UJI
(Castelló)

Organitzen:



Col·labora:



#JIFE17

www.jornadaicofcv.org

