

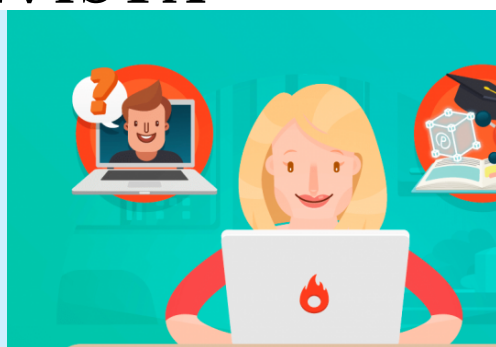
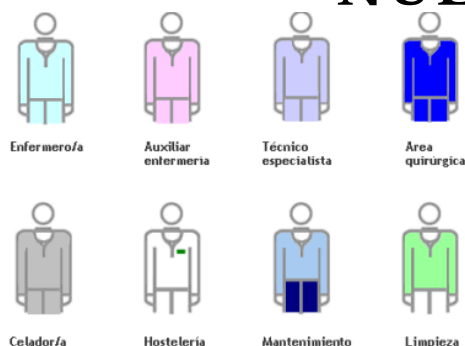
SEGUIMOS ONLINE

forocofpv.com

¡Llega el jueves!!
Semana del 16 al 22
de Marzo

Nº 2

NUESTRA SEGUNDA REVISTA



ENCUESTA PIJAMA

En Forocofpv.com tienes una encuesta para poder consensuar el color del pijama de Osakidetza. La semana que viene, damos por terminada la encuesta y os decimos los resultados.

EVOLUCIÓN PETICIONES

¿Son pocas OSIs las que han solicitado el pijama de nuevo color, o hay pocas OSIs que han rellenado la tabla? No lo sabemos. Intenta que corra la voz y que todo el mundo vaya rellenando.

¿QUIERES AYUDARNOS?

Cada vez somos más conscientes de la necesidad de desarrollar la parte online. Se nos ha ocurrido hacer una revista como Plan B a los foros presenciales, ¿tienes más ideas de cómo sacar partido a la parte online? Contacta con nosotros.

FOROS CANCELADOS

por Administradores Forocofpv

La vida está llena de imprevistos, y la irrupción del coronavirus y el ver que se cancelaban los foros como medida de contención entre sanitarios (decretado tras el finde del 1 de Marzo) ha sido un escenario que no esperábamos.

El tercer foro se cancelaba, e intemos dar una alternativa de trabajo con forocofpv.com y este texto:

<https://forocambiofisioterapia.webnode.es/a07-03-2020/>

El cuarto, quinto y sexto foro, iban a ser foros más activos por parte del colegiado. Teníamos idea de hacer grupos de trabajo y ponencias para el cuarto foro, ponencias del sector de la pública para el quinto... y una especie de jornada con un tinte más mediático para el sexto foro. Intentaremos acercar estas ponencias mediante esta "revista de los jueves". ¡Seguimos!





EL DOLOR Y EL CAMBIO DE PARADIGMA

por Iñaki Agirrezabal

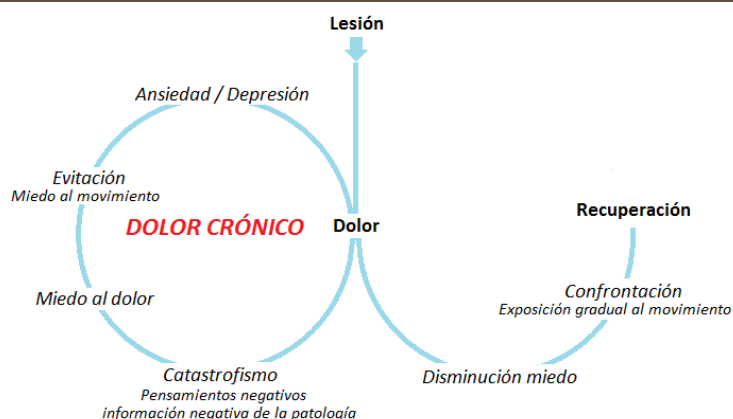
Cuando un paciente acude a la consulta del médico de familia por un dolor crónico los recursos que disponemos son el tratamiento farmacológico y, en algunos casos, consejos sobre la práctica de ejercicios, acompañados de una hoja con dibujos en la que se explica cómo realizarlos. Si el paciente no mejora, se plantean las exploraciones complementarias, fundamentalmente la radiología y, en algunos casos, ecografía TAC o RMN. Si el paciente sigue sin mejorar, es cuando se valora la derivación a un especialista hospitalario: traumatología, reumatología, rehabilitación, neurología (en el caso de cefalea), digestivo (dolor abdominal), o incluso la unidad del dolor.

Muchos de estos pacientes no mejoran a pesar de las intervenciones realizadas por estos profesionales y son atrapados en un circuito del que es difícil salir. El traumatólogo deriva a reumatología, rehabilitación o unidad del dolor. Y el resto de profesionales optan también por derivaciones a otras especialidades cuando su intervención no es efectiva, acabando muchos de ellos en la unidad del dolor, donde a pesar de los múltiples fármacos que se les prescribe siguen sin mejorar. Al final, muchos pacientes son dados de alta, asumiendo que tienen que “aprender a vivir con el dolor”, cuando no son derivados a psiquiatría para descartar que la causa de su cronificación del dolor sea un proceso depresivo. Evidentemente, muchos de ellos pueden llegar a tener una depresión, lo cual no es de extrañar después de tantos años de sufrimiento.

En el caso de la migraña el neurólogo una vez que confirma el diagnóstico indica un tratamiento y unos consejos sobre la evitación de los desencadenantes. En algunos casos, los pacientes pueden mejorar inicialmente, pero lo habitual es que las crisis vuelvan y, en muchos casos, con mayor intensidad y frecuencia. Algunos pacientes, como ya tienen el diagnóstico y el tratamiento, no vuelven al neurólogo y acuden a su médico de familia para que le prescriba el tratamiento indicado. Otros pacientes vuelven y entonces empiezan los tratamientos preventivos que, generalmente, no son muy efectivos a largo plazo. De hecho, según algún estudio, alrededor del 75% de los pacientes con migraña crónica declararon que la eficacia del tratamiento preventivo era regular, mala o muy mala. Algunos de ellos, al igual que los pacientes con dolor crónico musculoesquelético terminan siendo derivados al psiquiatra. Como muchos otros profesionales sanitarios pensaba que el abordaje de pacientes con dolor crónico desde lo que se conoce como el modelo biomédico estaba resultando un fracaso. Es frustrante ver a pacientes que acuden a consulta una y otra vez buscando alivio a su sufrimiento y ver que los recursos con los que cuentan (descritos anteriormente) no consiguen aliviar ese sufrimiento.

“

Conocí a Arturo Goicoechea hace 10 años. Había oído hablar de él, sobre su forma “distinta” de abordar el dolor, y aunque había hecho alguna incursión en su blog, no terminaba de entender cuál era su propuesta.



Entonces, tuve la oportunidad de pasar consulta con él durante 1 semana y posteriormente varios martes por la tarde. Enseguida me atrapó su mensaje. La forma en que entendía no solo el dolor, sino la biología, el organismo, la salud y enfermedad...La dificultad venía a la hora de trasladar ese mensaje a los pacientes en consulta.

Cuando una paciente acude a consulta de un neurólogo para buscar alivio a su migraña habitualmente lo hace con la expectativa de que se le prescriba un fármaco. Sin embargo, Arturo les ofrecía una charla de 1 hora hablándoles de conceptos la mayoría totalmente novedosos para ella. Esta charla podía tener distintos efectos en la paciente: (1) “no entiendo nada, ipero este médico qué me está contando!, que se deje de charlas y que me dé una pastilla, yo aquí no vuelvo”...y, efectivamente, no volvían; (2) “qué raro es todo esto que me está contando pero bueno, le voy a dar una oportunidad a ver qué pasa, además parece que igual puedo mejorar sin tomar medicación”...y volvían con diferentes resultados; y (3) “por fin encuentro a alguien que entiende lo que me pasa, me encaja lo que me cuenta con lo que yo vivo y además me ofrece una posible salida al problema sin tomar medicación”...y volvían, también con diferente éxito. Le propuse a Arturo hacer algún cambio en la forma en que transmitía el mensaje. Creía que era una pena que un mensaje tan potente se perdiera, al menos en gran parte, por una cuestión de estrategia comunicativa. Arturo me contestó que “a estas alturas ya no voy a cambiar”. De hecho, Arturo se jubiló a los pocos meses.

Ante esa situación y, viendo por un lado, que yo no estaba preparado para cambiar la forma de abordar la migraña en consulta y, por otro lado, que al jubilarse Arturo nadie iba a recoger “su testigo” en el hospital, le propuse trasladar su intervención a grupos de pacientes con migraña. Y aunque yo no tenía experiencia en abordaje grupal, pensaba que esta forma de intervención iba a ser más efectiva que la individual, y desde luego mucho más eficiente.

Así que en otoño de 2011 junto con Arturo y Marisol Pérez de San Román, una médica de familia que se unió al proyecto, comenzamos los grupos de pacientes con migraña. Diseñamos el curso en 5 sesiones de 1 hora y 45 minutos cada una, 1 sesión semanal, siendo las primeras 4 sesiones en 4 lunes consecutivos y la 5ª sesión al mes de la 4ª.

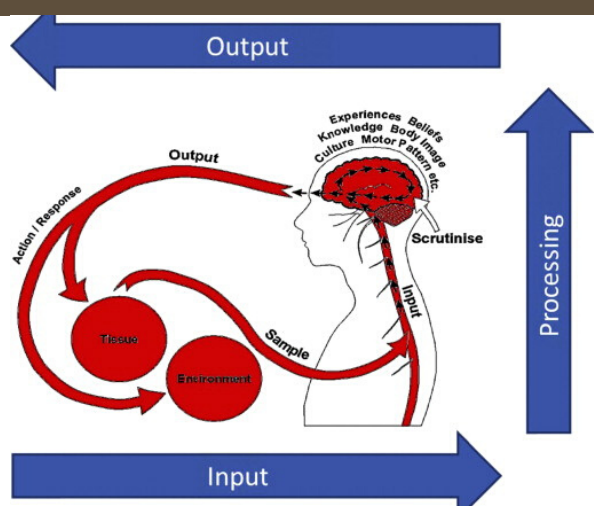
Realizamos una evaluación de las pacientes antes del curso y a los 3, 6 y 12 meses de terminarlo. La evaluación se llevó a cabo mediante la escala MIDAS, que mide el grado de discapacidad producida por la migraña, los días de dolor en los 3 meses previos, la intensidad del dolor y una escala que medía el grado de condicionamiento de la vida por la migraña. Los resultados fueron espectaculares, con una mejora significativa en todas las variables medidas que se mantenían en la evaluación a los 12 meses.

El siguiente paso fue llevar a cabo un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) en el que participaron pacientes de 5 centros de salud de Vitoria. El ECA fue publicado recientemente (1) y en él se confirmaron los resultados del estudio piloto, observándose mejorías significativas tanto estadísticas como clínicas en todas las variables estudiadas.

Hace 3 años nuestro trabajo consiguió el primer premio en las jornadas de Buenas Prácticas de Osakidetza, donde el premio lo otorgaban los propios profesionales de Osakidetza asistentes al acto, después de que había sido previamente seleccionado entre unos 60 proyectos. Hace año y medio a través de la plataforma “Parte Hartu” de Osakidetza en la que se hacen propuestas por los propios profesionales conseguimos ser seleccionados también entre los “Top 5” y presentamos nuestro trabajo ante la dirección de Osakidetza. De allí salió una propuesta de llevar a cabo un curso online con el apoyo de los técnicos de Formación Continuada. Llegamos a tener hasta 3 reuniones, pero se paralizó el proyecto al ver que esto iba a suponer una mayor carga de trabajo no compensada para Marisol y para mí.

Marisol y yo llevamos ya casi 9 años metidos en este ilusionante proyecto que lo hacemos fuera de nuestro horario laboral, pero que como siempre decimos, ha supuesto para nosotros la actividad que mayor satisfacción nos ha proporcionado en nuestra carrera profesional. Conocer a tantas pacientes (más de 400); conocer su historia de sufrimiento; ver cómo a lo largo del curso van interiorizando el cambio, con sus dudas; ver cómo algunas ya desde la primera semana van teniendo nuevas experiencias; y, sobre todo, ver el cambio producido al terminar el curso nos hace seguir adelante. En todos los cursos las pacientes nos preguntan por qué esta intervención no está más extendida, por qué Osakidetza no la apoya más, por qué no la llevan a cabo los neurólogos...La verdad es que es difícil contestarles, sobre todo sabiendo que algunos neurólogos, aunque de forma “extraoficial” comparten el modelo y, de hecho, algunos nos derivan a pacientes desde sus consultas. Marisol y yo (Arturo ya no participa), de momento, seguiremos adelante con el curso. Pero no sabemos hasta cuándo.

Aguirrezabal I, Pérez de San Román MS, Cobos-Campos R, Orruño E, Goicoechea A, Martínez de la Eranueva R†, Arroniz M, Uzquiza E. (2019) Effectiveness of a primary care-based group educational intervention in the management of patients with migraine: a randomized controlled trial. Primary Health Care Research & Development 20(e155): 1–7.



FISIOTERAPIA EN TIEMPOS DE ESTE DESCONOCIDO Y RÁPIDO CORONAVIRUS

por Forocofpv

Jueves, 12 de Marzo.

En Osakidetza todo seguía normal por Bilbao. En Vitoria, se cancelaban tratamientos y sólo acudían los pacientes urgentes, todo el mundo trabajando con mascarillas desde ese mismo día. En Txagorritxu, utilizando algunos gimnasios para camas. En Donosti, decidían cerrar el gimnasio y se empezaba a tratar a los pacientes en planta. En Irún, gimnasio cerrado desde el viernes 13 de Marzo, porque un paciente había dado positivo en coronavirus. Basurto anunciaba cierre parcial del Servicio de Fisioterapia a partir del lunes 16 de Marzo. En el Hospital La Paz de Madrid, todo cancelado menos los ingresados desde el lunes 9 de Marzo, los fisioterapeutas haciendo hospitalización y de todo, de celadores, en atención al paciente, donde asignan camas etc.

Mientras tanto en la privada, no había acceso a mascarillas, en muchos pueblos no había geles para manos, y la lejía desaparecía de las estanterías de los supermercados durante unos días. Ibamos viendo que los Ayuntamientos procedían a cerrar las Casas de Cultura, Polideportivos, Hogares de Jubilados, Escuelas y Universidades. El viernes 13, visto lo visto, muchos centros particulares decidían cerrar sus puertas. Otros, esperaban al comunicado del Lehendakari previsto para el sábado 14 de Marzo, tras haberse decretado el estado de "alerta sanitaria" el viernes. El fin de semana, estábamos todos concienciados con el hashtag #QuédateenCasa. Se suspenden misas. Se van cerrando bares, comercios... Y desde Eusko Jaurlaritza nos comentan que cerremos todo aquel local que no pueda asegurar un distanciamiento de un metro y medio entre las personas. Pero somos sanitarios, y nosotros podríamos abrir. Todo es confuso. Nos quedamos en el limbo. Cierran gimnasios y centros deportivos, eso sí. Se agradece comunicado COFPV.

Si lo de las sesiones de fisioterapia diarias estaba en entredicho, si la importancia de convertir al paciente en proactivo y trabajar la adherencia al ejercicio y el hacerlo en el domicilio ya estaba, si la modernización hacia feedbacks virtuales que corrijan los ejercicios a los pacientes ya estaba siendo una realidad, si la necesidad de que la figura del fisioterapeuta estuviera dentro del equipo interdisciplinar en planta y no sólo en gimnasios arquitectónicamente separados del resto del personal sanitario etc etc ya eran ideas que se barajaban, el coronavirus ha venido a cuestionarnos más, si cabe, el modelo que sujeta y amarra a la Fisioterapia. La Fisioterapia no es de urgencia sanitaria, pero puede colaborar codo a codo en las distintas especialidades y en atención primaria, en situaciones de no emergencia y encontrar un lugar que aporte al equipo interdisciplinar en situaciones de emergencia. El coronavirus ha venido a cuestionar el sistema y a agradecer al personal sanitario su esfuerzo y compromiso.

Queremos hablar de Fisioterapia Respiratoria, porque será importante tenerla en cuenta tras la crisis sanitaria, ¿nos ayudas? Hoy, con invitaros a reflexionar sobre estas y otras cuestiones, tenemos suficiente. ¿Quieres contarnos lo que te estás planteando estos días tan duros para tod@s?

