

La 'Marca Fisioterapia Excelente Privada' avalará la calidad de las clínicas y consultas de Fisioterapia privadas

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ha instaurado la 'Marca Fisioterapia Excelente Privada' (FEP), con la que reconocerá aquellos centros de fisioterapia de carácter privado que cumplan los requisitos de calidad marcados por el CGCFE.

El objetivo de la 'Marca FEP' es promover la excelencia en la fisioterapia privada, asegurando, ante los pacientes, un nivel óptimo del servicio prestado en los centros de fisioterapia, así como de los profesionales que ejercen en ellos

Además, la 'Marca FEP' supondrá una garantía de calidad para los pacientes, ya que sólo los centros privados donde se preste un servicio de excelencia podrán exhibirla.

Esta característica diferencial y cualitativa distinguirá a los centros de fisioterapia privados frente al intrusismo ejercido por otros establecimientos que carecen de cualquier regulación y/o control administrativo, como recientemente recordó la Audiencia Nacional.

La 'Marca FEP' ha sido desarrollada por el CGCFE y 'Aliad Conocimiento y Servicio', empresa especializada en la mejora continua del sector sanitario privado y representante estatal del Modelo EFQM de Excelencia de la sanidad.

CGCFE

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) es el organismo que representa a los más de 40.000 fisioterapeutas que, en España, trabajan con el objetivo común de favorecer la salud de los ciudadanos. Además, ordena la profesión, tutela los intereses de la fisioterapia, así como su óptima aplicación y universalización.

Los fisioterapeutas son profesionales sanitarios, según lo previsto en la legislación vigente, acreditados con el título universitario en Fisioterapia, impartido en 43 universidades españolas y poseedores de conocimientos teóricos y prácticos destinados a beneficiar la salud de la población. Además, cada vez hay un mayor número de doctorados y masters, que aseguran una elevada cualificación.

Para más información:
Servimedia
Rafael Olea Rodríguez

Un 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular podrían evitarse con la práctica de ejercicio.

Con motivo de la celebración, el domingo, del Día Europeo para la Prevención del Riesgo Cardiovascular.

- El Consejo General de Fisioterapeutas de España recuerda que la fisioterapia ofrece numerosas soluciones para la prevención, curación y recuperación de enfermedades cardiovasculares
- Los fisioterapeutas recomiendan caminar media hora diaria a paso ligero para evitar enfermedades cardiovasculares

Madrid, marzo de 2010.- El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) advierte que el 30% de las muertes debidas a enfermedades cardiovasculares podrían evitarse con la práctica habitual de ejercicio físico.

En un comunicado emitido con motivo de la celebración, ayer, del Día Europeo para la Prevención del Riesgo Cardiovascular, los fisioterapeutas recomiendan caminar a paso ligero (entre 4,8 y 6,4 km/h) durante media hora, la mayor parte de los días de la semana. Con esta simple medida, se podrían prevenir el 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular.

“El ejercicio, particularmente el acondicionamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza, es una de las intervenciones fundamentales que contribuyen a prevenir discapacidades o, en el peor de los casos, el fallecimiento causado por enfermedades cardiovasculares”, ha señalado Tomás Alías, miembro del Comité Ejecutivo del CGCFE.

La investigación en personas con riesgo de enfermedad cardiovascular ha indicado que el ejercicio supervisado por el fisioterapeuta, junto con una dieta especializada, ofrece mejoras significantes en la presión arterial, peso corporal, calidad de vida y otros indicadores de salud al cabo de un año.

Por este motivo, el CGCFE recuerda que aquellas personas que han sufrido o padecen enfermedades cardiovasculares pueden beneficiarse de las alternativas que ofrece la fisioterapia, como la programación de la actividad física, el ejercicio terapéutico, el acondicionamiento aeróbico o el entrenamiento de fuerza destinado a la prevención, curación y recuperación de las enfermedades cardiovasculares.

“El sobrepeso y las dietas poco saludables, típicas de un estilo de vida sedentario y no muy sano, suponen el factor de riesgo más importante para otras patologías como la enfermedad coronaria, la diabetes, el ictus o la hipertensión arterial”, ha puntualizado Alías.

CGCFE

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) es el organismo que representa a los más de 40.000 fisioterapeutas que, en España, trabajan con el objetivo común de favorecer la salud de los ciudadanos. Además, ordena la profesión, tutela los intereses de la fisioterapia, así como su óptima aplicación y universalización.

Los fisioterapeutas son profesionales sanitarios, según lo previsto en la legislación vigente, acreditados con el título universitario en Fisioterapia, impartido en 43 universidades españolas y poseedores de conocimientos teóricos y prácticos destinados a beneficiar la salud de la población. Además, cada vez hay un mayor número de doctorados y masters, que aseguran una elevada cualificación.

La 'Marca Fisioterapia Excelente Privada' avalará la calidad de las clínicas y consultas de Fisioterapia privadas

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ha instaurado la 'Marca Fisioterapia Excelente Privada' (FEP).

Marca FEP El objetivo de la 'Marca FEP' es promover la excelencia en la fisioterapia privada, asegurando, ante los pacientes, un nivel óptimo del servicio prestado en los centros de fisioterapia, así como de los profesionales que ejercen en ellos

Además, la 'Marca FEP' supondrá una garantía de calidad para los pacientes, ya que sólo los centros privados donde se preste un servicio de excelencia podrán exhibirla.

Esta característica diferencial y cualitativa distinguirá a los centros de fisioterapia privados frente al intrusismo ejercido por otros establecimientos que carecen de cualquier regulación y/o control administrativo, como recientemente recordó la Audiencia Nacional.

La 'Marca FEP' ha sido desarrollada por el CGCFE y 'Aliad Conocimiento y Servicio', empresa especializada en la mejora continua del sector sanitario privado y representante estatal del Modelo EFQM de Excelencia de la sanidad.

CGCFE

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) es el organismo que representa a los más de 40.000 fisioterapeutas que, en España, trabajan con el objetivo común de favorecer la salud de los ciudadanos. Además, ordena la profesión, tutela los intereses de la fisioterapia, así como su óptima aplicación y universalización.

Los fisioterapeutas son profesionales sanitarios, según lo previsto en la legislación vigente, acreditados con el título universitario en Fisioterapia, impartido en 43 universidades españolas y poseedores de conocimientos teóricos y prácticos destinados a beneficiar la salud de la población. Además, cada vez hay un mayor número de doctorados y masters, que aseguran una elevada cualificación.

Una inyección de seguridad en el SNS

El riesgo al que se exponen los profesionales sanitarios en su quehacer diario se ha convertido en un problema de salud pública: cada vez son más frecuentes los pinchazos accidentales con material sanitario susceptible de estar contaminado por alguna enfermedad de transmisión sérica -hepatitis C, sida y hepatitis B, por este orden-.

Loreto Mármol - Martes, 16 de Marzo de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Los profesionales sanitarios se exponen diariamente a contraer una enfermedad de transmisión sanguínea a causa de pinchazos accidentales con dispositivos punzantes de uso clínico que emplean con los pacientes. El presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, es uno de los miles de profesionales sanitarios que se han contagiado de hepatitis por un pinchazo accidental mientras manipulaba una jeringuilla cargada con sangre de uno de sus pacientes.

La implantación de los mecanismos de bioseguridad en todo el SNS supondría un ahorro para el sistema sanitario de un 73 por ciento

De ahí que lleve más de 30 años luchando por que en España se implanten dispositivos de bioseguridad: "Por aquel entonces no existían esos dispositivos que evitaran el riesgo, por lo que debíamos asumir el pinchazo como una circunstancia más implícita en el trabajo; sin embargo, hoy existen mecanismos que reducen casi a cero la posibilidad de pinchazo, por lo que sería incomprensible que los sistemas sanitarios no apostasen por ellos, y por tanto por la seguridad del paciente y del profesional".

Es sólo un rostro entre tantos. En nuestro país, según datos del estudio sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios Epinetac -realizado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y los consejos generales de médicos y enfermeros-, se declaran una media anual de 3.362 accidentes percutáneos que conllevan riesgo de transmisión de infecciones vía hemática.

Y lo que es peor, esto es sólo la punta del iceberg, porque el miedo a la estigmatización y la marginación -"si lo dices te cuelgan el cartelito", comenta González Jurado- lleva a un elevado número de profesionales a no declarar sus accidentes: se estima que hay una infradeclaración de estas exposiciones en un 60 por ciento, por lo que los accidentes reales ascenderían a 5.379 casos. En Europa el número de pinchazos accidentales con dispositivos punzantes es de 1.200.000 al año.

Estos dispositivos reducen en casi un 85 por ciento el riesgo de pinchazo accidental; las infecciones más frecuentes son la hepatitis C y B y el VIH

Precisamente para acabar con esta situación, el Consejo Europeo de ministros de Empleo y Asuntos Sociales ha aprobado una directiva que obliga a los países del entorno comunitario a implantar en un plazo de dos años medidas de seguridad entre las que se contempla la obligatoriedad del uso de dispositivos de bioseguridad. Se trata de incorporar al material punzante como lancetas, jeringuillas, vías intravenosas, bisturís, equipos de sutura... un mecanismo que anula la aguja inmediatamente después de su uso. Estos dispositivos reducen en casi un 85 por ciento el riesgo de pinchazo accidental.

El texto también destaca una parte formativa, que debe correr a cargo de los propios centros de salud y hospitales, para que sus trabajadores aprendan el manejo de los dispositivos, ya que sin entrenamiento del profesional la eficacia es sólo de un 60 por ciento.

Tampoco hay justificación económica para no apostar por una implantación en todo el SNS, ya que proporcionaría un ahorro para el sistema de un 73 por ciento. La retirada de los dispositivos y la implantación de los nuevos supondría un coste de unos 11,2 millones de euros al año, frente a los costes

En Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra ya es obligatorio, mientras que otras seis autonomías están estudiando la medida

directos e indirectos de los pinchazos accidentales, que ascienden a casi 42 millones de euros (ver cuadro superior).

Al parecer, el impulso de la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, para que la norma viese la luz durante la presidencia española de la UE ha sido constante. Además, Madrid acogerá el 1 y 2 de junio la I Cumbre Europea de Bioseguridad, que contará con la presencia de expertos, representantes de los

gobiernos, profesionales sanitarios y afectados.

Un precedente

El Consejo Interterritorial de septiembre de 2004 acordó distribuir entre las comunidades autónomas, con cargo a los presupuestos del ministerio, 3,59 millones de euros con el fin de llevar a cabo la implantación de programas de bioseguridad en un centro sanitario piloto de cada autonomía. En 2005 la cifra se incrementó hasta los 6 millones de euros.

España fue pionera en Europa al implantar la obligatoriedad de material sanitario de bioseguridad en cinco autonomías -Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra, por orden cronológico-, mientras que Canarias, Extremadura, La Rioja, Cantabria, Cataluña y Murcia están estudiando su implantación. Por ejemplo, la Consejería de Sanidad de Madrid aprobó hace cinco años la orden por la que se implantaron en la región los procedimientos y productos de seguridad y el sistema de vigilancia y registro frente al accidente con riesgo biológico, tanto en primaria como en especializada.

A partir de este momento todas las comunidades autónomas deberán ajustar sus mecanismos en un plazo de dos años. González Jurado recuerda que "hay responsabilidad penal si se demuestra que hay evidencia científica para evitar el riesgo y no se toman medidas". Por el momento, el Consejo General de Enfermería ya ha iniciado reuniones con el Ministerio de Sanidad para la elaboración de un real decreto de transposición de la directiva.

La implantación efectiva de mecanismos de bioseguridad precisa el compromiso de todo el sistema sanitario, lo que supone la implicación total del Ministerio de Sanidad y de todas y cada una de las consejerías autonómicas de Salud, así como del Ministerio de Trabajo e Inmigración, puesto que estas medidas han de contemplarse en el marco de la prevención de riesgos laborales de todo el personal sanitario.

UNA AMENAZA LABORAL

De cada 100 exposiciones accidentales declaradas por los profesionales sanitarios:

1 de cada 10 se expone al contagio con el virus de la hepatitis C.

1 de cada 20 se expone al contagio con el VIH.

1 de cada 50 se expone al contagio con el virus de la hepatitis B.

El **índice de infección** de hepatitis B en el personal sanitario es de un 26 por ciento; es decir, casi tres veces más que en la población en general, cuya infección es del 10 por ciento.

Según el estudio Epinetac, los **lugares** donde más frecuentemente se producen los pinchazos accidentales son principalmente la habitación del paciente (34,7 por ciento), quirófanos y salas de partos (22,9) y urgencias (11).

Por **número de casos**, los médicos representan la tercera profesión más afectada, con 2.588 casos, por detrás de enfermeros (10.856) y auxiliares de enfermería (3.456). El número de casos entre los facultativos (ver cuadro inferior) es de 4.417 -contando a médicos (2.588), MIR y becarios (1.752) y estudiantes (77).

UN ESTUDIO ACLARA LA UTILIDAD REAL DE LA PRUEBA

El dolor de espalda sufre de sobredosis de RM

Las conclusiones de un estudio, realizado por investigadores españoles y publicado este mes en *Radiology*, instan a los médicos a reducir el número de resonancias magnéticas (RM) que se emplean en diagnosticar la lumbalgia. Según este trabajo, la RM de 1,5 teslas en las dolencias de espalda es irrelevante de forma aislada, sin los síntomas y exploración.

Sonia Moreno - Jueves, 18 de Marzo de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

La fiabilidad de la RM para detectar el origen del dolor lumbar en la mayoría de las alteraciones (hernia discal, degeneración, fisura y nódulos de Schmorl) es moderada e incluso menor en dolencias como los osteofitos. Por lo tanto, la RM no puede ser determinante para diagnosticar, pronosticar y decidir si está indicada o no la cirugía en estas dolencias.



Estudio RM

El trabajo se ha basado en la interpretación de cinco radiólogos de las RM de 53 pacientes con dolor de espalda. La interpretación se repitió a las dos semanas para poder comparar la concordancia diagnóstica entre los médicos (interobservador) y la de cada uno de ellos (intraobservador), según ha explicado Javier Zamora, bioestadístico clínico del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y autor del trabajo. Francisco Manuel Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda, y coordinador del trabajo, ha recalcado que los resultados muestran la excelencia de la labor de los radiólogos españoles, pero también las limitaciones de la prueba de RM. "Según el estudio, sólo estaría indicada en la lumbalgia cuando los síntomas y la exploración física sugieren que el dolor puede deberse a enfermedad sistémica, o bien como planificación de la cirugía, en caso de que sea necesaria". El primer autor del trabajo, Estanislao Arana, de la Clínica Quirón, de Valencia, ha dicho que entre uno y dos tercios de las RM lumbares que se hacen en nuestro país son innecesarias: entre 120.000 y 630.000 cada año.

Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC, en cuya sede madrileña se ha presentado el trabajo a la prensa, destacó que el estudio ayuda a mejorar la práctica médica y que los facultativos tienen la responsabilidad de restringir las peticiones injustificadas de los pacientes, ya sea una RM o una baja laboral.

MEDICINA FÍSICA y REHABILITACIÓN MÉDICA

sábado 20 de marzo de 2010

FIBROLISIS DIACUTANEA: revisión basada en la evidencia

Autores: CAPA GRASA, A; RAMOS ROPERO, A; MARTÍN DEL ROSARIO, F.

NOTA ACLARATORIA: La presente revisión fue presentada en forma de comunicación oral en el 47º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF 2009) celebrado en Valladolid, tras ser aceptada por sus Comités Científico y Organizador. Por dicho motivo, todos aquellos artículos relacionados con el tema de la revisión publicados a partir de la fecha de presentación en dicho congreso, no han sido incluidos en la presente revisión.

INTRODUCCIÓN

La *Fibrolisis Diacutánea* se ha definido como una técnica instrumental para el tratamiento de las algias del aparato locomotor. Al parecer desarrollada por *Kurt Ekman* en los años 70, y posteriormente patentada *Jean Burnotte* y *Pierre Duby* bajo los nombres de *Crochetage Fascio-myo-neural* y *Fibrolyse Diacutanée*.

OBJETIVO

La presente revisión pretende evaluar dicha técnica a la luz de la evidencia científica existente, y realizar una serie de recomendaciones a la vista de sus resultados.

MÉTODO

Se realizó la revisión sistemática de trabajos relacionados con la técnica mediante búsquedas por palabras clave, en fuentes bibliográficas escalonadas: bases de datos, directorios de recursos bibliográficos, fuentes de revisiones y fuentes de artículos sumarios. Cada búsqueda se realizó sin límite o restricción en ningún aspecto, y de forma independiente a las demás.

RESULTADOS

No se obtuvo ningún documento relacionado con la búsqueda, proviniendo todas las referencias a la técnica de fuentes no contrastadas y/o páginas de los propios autores.

CONCLUSIONES

A día de hoy no existe evidencia de la utilidad, eficacia, eficiencia, indicaciones, contraindicaciones o efectos secundarios de la técnica llamada ***Fibrolisis Diacutánea (Crochetage Fascio Myo Neural, Fibrolyse Diacutanée)***. La aplicación y promoción de esta técnica, conforme al estado actual de conocimiento científico, incumple numerosos requisitos éticos y deontológicos, por lo que se desaconseja su utilización en humanos por el momento.

Se facilitan sugerencias para posibilitar su futura inclusión como técnica fiable y segura dentro del arsenal de terapias físicas en España.

INTRODUCCIÓN

La *Fibrolisis Diacutánea* se ha definido como una técnica instrumental para el tratamiento de las algias del aparato locomotor. Al parecer desarrollada por *Kurt Ekman* en los años 70, y posteriormente patentada por *Jean Burnotte* y *Pierre Duby* bajo los nombres de *Crochetage Fascio-myo-neural* y *Fibrolyse Diacutanée*, pero también conocida por otros términos como *Relajación Instrumental Miofascial*. La presente revisión pretende evaluar dicha técnica a la luz de la evidencia científica existente.

PRINCIPIOS TEÓRICOS FISIOPATOLÓGICOS

Los propios desarrolladores de la técnica la catalogan como una evolución del concepto de *Masaje Transverso Profundo* descrito por *James Cyriax*. El **objetivo** de dicha técnica sería disminuir el dolor y la restricción de movilidad tisular causados por la presencia de *corpúsculos fibrosos* y *adherencias inter-estructurales*, disolviéndolos y devolviendo a los tejidos blandos su consistencia basal.

La **técnica** se lleva a través de unos ganchos (*crochets*) de acero inoxidable especialmente diseñados, cuya razón de ser es alcanzar zonas y estructuras inaccesibles con los dedos de quien aplica la técnica.

Sus promotores encuentran las siguientes **indicaciones** para la técnica: restricciones de movilidad de distintas causas, tendinopatías diversas, periartritis escapulohumeral, Dupuytren, síndrome del túnel carpiano, algodistrofia, neuralgias... En definitiva cualquier cuadro agravado o perpetuado por una supuesta *fibrosis tisular*.

Asímismo señalan las siguientes **contraindicaciones**: terapeuta no apto, fragilidad tisular (cutánea, vascular), determinadas medicaciones (antocoagulantes), contexto psicológico del paciente, tratamiento focal de los síntomas.

MÉTODO

Se ha realizado la búsqueda y revisión sistemática de aquellos trabajos relacionados con la técnica y/o sus autores reconocidos.

PALABRAS CLAVE

Para la localización de palabras clave que pudieran relacionarse conceptualmente con la técnica se utilizaron los directorios de términos y descriptores de tesauros siguientes:

DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) dependiente de la BVS.

MeSH (Medical Subject Headings) dependientes de:

Biblioteca Cochrane Plus.

CRD (Centre for Reviews and Dissemination).

NLM (National Library of Medicine).

No se encontró ningún término afín o conceptualmente equivalente. Por otro lado, no parece existir consenso sobre la nominación oficial del término, encontrándose numerosas formas de referirse al mismo concepto, lo cual dificulta la búsqueda bibliográfica y la homogeneización de resultados y definiciones.

Debido a lo anterior se escogió un amplio número de acepciones como palabras clave: *fibrolisis diacutánea*, *relajación instrumental miofascial*, *fascio-myo-neural*, *fibrolyse diacutanée*, *fybrolyse instrumentale myofasciale*, *fybrolyse*, *fibrolysis*, *fybrolysis*, *crochetagem*, *crochet*.

Por otro lado se buscaron todos aquellos artículos en los que *Jean Burnotte*, *Kurt Ekman* y *Pierre Duby* apareciesen como primer o subsiguientes autores.

BÚSQUEDA

Se realizó introduciendo cada una de las palabra clave de forma independiente (nueva búsqueda) en los motores de búsqueda de cada una de las fuentes utilizadas. Dichas fuentes bibliográficas se utilizaron de forma escalonada, desde aquellas con mayor capacidad de captación de artículos (independientemente de su calidad) hasta aquellas fuentes de evidencia más globales. Cada búsqueda se realizó sin límite o restricción en ningún aspecto (orden de autoría, número de autores, año de publicación, materia de publicación, idioma, tipo o modelo de artículo y aplicación humana o animal). La búsqueda por niveles se estructuró de la siguiente forma:

Bases de datos

Biblioteca Virtual de la Salud (BVS).

MEDLINE, dependiente de la National Library of Medicine (NLM).

PubMed Central (PMC), dependiente de la National Library of Medicine (NLM).

Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Web of Knowledge (WOK).

Plataformas y directorios bibliográficos tanto de acceso público como restringido

BioMed Central.

Blackwell Synergy.

Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (JBI COOnET), secciones de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, dependiente de Joanna Briggs Institute (JBI).

Directory of Open Access Journals (DOAJ).

Biblioteca de Enfermería, Fisioterapia y Podología (ENFISPO) dependiente de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

National Rehabilitation Information Center (NARIC).

Ovid.

Public Library of Science (PLoS)

Proquest.

Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal (Redalyc), dependiente de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Science Direct.

Wiley InterScience.

Fuentes de Revisiones Sistemáticas

Centre for Reviews and Dissemination (CRD), dependiente de National Institute for Health Research (NHS).

Cochrane Library Plus.

Physiotherapy Evidence Database (PEDro), dependiente de Center for Evidence-Based Physiotherapy (CEBP).

Fuentes de Resúmenes Sumarios

Bandolier.

Clinical Evidence de BMJ.

Evidence Based Medicine (EBM).

eMedicine.

RESULTADOS

Las palabras *fybrolyse, fibrolysis, fybrolysis, crochetage, crochetagem y crochet* no mostraron ningún artículo relacionado con la técnica en ninguna de las fuentes consultadas. Aquellos que contenían (tanto en su título como en su texto) alguno de los términos de forma literal hacían referencia a conceptos, procedimientos o tecnicismos sin la más remota relación con la técnica en cuestión o áreas de conocimiento afines al sistema musculoesquelético.

La búsqueda referente a los términos patentados *Fibrolisis Diacutánea, Fibrolyse Diacutanée y fascio myo neural* ni siquiera mostró resultados (relacionados o no) con el concepto de la técnica. Tampoco los términos *relajación instrumental miofascial* ni *fybrolyse instrumentale myofasciale*.

La búsqueda de artículos de cualquier naturaleza (estudios piloto, estudios clínicos, revisiones, meta-análisis, análisis coste-beneficio, editoriales, artículos de opinión o comentarios) por autor dio como resultado:

- **Jean Burnotte** (también: *J Burnotte, Burnotte J, Burnotte Jean*): Existen varios artículos con nombre de autor **Burnotte J** sobre biomecánica de la rodilla. El resto pertenecen a otras disciplinas completamente ajenas al área de aplicación de la técnica.
- **Kurt Ekman** (también: *K Ekman, Eckman K, Ekman Kurt*): Numerosos estudios, pero correspondientes a otros autores. Ninguno relacionado con la técnica u otras áreas de conocimiento osteomuscular.
- **Pierre Duby** (también: *P Duby, Duby P, Duby Pierre*): Numerosos estudios, uno de ellos con autoría compartida con **Burnotte J** sobre biomecánica de la rodilla. Ningún otro relacionado con la técnica, otras áreas de conocimiento osteomuscular o atribuible a **Pierre Duby**.

DISCUSIÓN

Ninguna fuente bibliográfica científica hace referencia a resultados, comentarios o artículos relacionados con la técnica. Toda la información referente a la misma está basada en fuentes no contrastadas y/o ajenas a la comunidad científica.

La única forma de acceder a contenidos formativos es mediante la inscripción a cursos de formación *oficiales* impartidos por los propulsores de la técnica o alumnos *acreditados* para dicho objetivo. En sus páginas web de referencia se asegura que la eficacia de la técnica está avalada por multitud de estudios científicos no referenciados ni expuestos en las mismas. En otras ocasiones basan su justificación o pretendida eficacia en técnicas precedentes y teorías no contrastadas sobre fisiopatología del sistema músculo-esquelético.

Desde el punto de vista de la **seguridad y responsabilidad legal con el paciente**, nos encontramos ante una técnica de la que no existe constancia pública sobre eficacia, eficiencia, tasa de complicaciones, efectos secundarios, indicaciones ni contraindicaciones. Desde las páginas web oficiales de la técnica se recalca la importancia de aplicarla sólo si se está debidamente formado, y de la utilización exclusiva de los *ganchos (crochets)* oficiales (de material y diseño patentados). A pesar de tales indicaciones tampoco existe evidencia comparativa de eficacia respecto a otras técnicas de tratamiento farmacológico, manual, instrumental, físico o placebo en patología alguna.

Desde el punto de vista de la **ética y deontología sanitarias**, hasta que no se lleven a cabo estudios al respecto, la divulgación de la técnica incurre en las siguientes faltas:

- Incumplimiento de los Códigos Deontológicos Médicos y Fisioterapéuticos del territorio nacional.
- Incumplimiento de las normas éticas internacionales de publicación y divulgación científica.

Desde el punto de vista **administrativo** deben ponerse en alerta todos aquellos organismos públicos o privados que contemplen la posibilidad de ofertar la técnica dentro de su cartera de servicios, o que deriven recursos económicos a la formación de nuevos terapeutas en la materia.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, a día de hoy no se puede recomendar la aplicación humana ni la promoción de la **Fibrolisis Diacutánea** mientras no se evalúe eficazmente bajo aspectos éticos y clínicos.

A fin de poder incorporar en un futuro la **Fibrolisis Diacutánea** al arsenal de recursos de la terapia física, se recomienda encarecidamente la creación de estudios al respecto, previo consentimiento de un Comité Ético, conforme a las siguientes prioridades:

- Tasa de efectos secundarios y complicaciones, sus causas y prevención (urgente).
- Relación de contraindicaciones absolutas y relativas (urgente).
- Relación de indicaciones.
- Eficacia comparativa con otras técnicas contrastadas de finalidad semejante y placebo.
- Estudios de coste-beneficio.

Por último, y con el objeto de poder someter la técnica a su evaluación por la globalidad de la comunidad científica, se recomienda publicar los resultados en las fuentes bibliográficas accesibles habituales.

CONCLUSIONES

En el momento actual no existe evidencia de la utilidad, eficacia, eficiencia, indicaciones, contraindicaciones o efectos secundarios de la técnica llamada **Fibrolisis Diacutánea (crochetage fascio myo neural, Fibrolyse Diacutanée)**.

Dado que la aplicación y promoción de esta técnica, conforme al estado actual de conocimiento científico, incumple numerosos requisitos éticos y deontológicos no se puede recomendar su utilización en humanos.

Se facilitan sugerencias para posibilitar la futura inclusión de la técnica dentro de las técnicas de tratamiento físico en España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- BURNOTTE J. et DUBY P.: Fibrolyse diacutanée et algies de l'appareil locomoteur. Kinésithérapie Scientifique. 271, pp 16-18, 1988.
- DESTRÉE L.: Ténofibrolyse par crochetage. Ostéopathie – Thérapies Manuelles. Éditions ATMAN, N° 47, pp 50-52, 1992.
- EKMAN K.: Eine neue Methode der Fibrolyse zur Unterstützung der Manuellen Therapie. In: Manuelle Medizin, n°10, pp 3-6, 1972.
- EKMAN K.: Relazione alle XX riunione straordinaria dell'academia medico chirurgica del piceno, Ascoli piceno, 6: 4, 1974.
- COLOMBO I, GAMBA E : La fibrolisi diacutanea nella pratica fisistria. Indicazioni cliniche. In: La riabilitazione, n°1 january-march 1975, pp18-23.
- COLOMBO I, EKMAN K: La fibrolisi diacutanea nuovo mezzo diagnostico e terapeutico in fisistria. In: Europa mediophysica, n°1, vol. 4, 1978.
- GUISSARD N. Et Coll.: Effets prolongés d'un traitement de fibrolyse diacutanée, Arch Physiol Bioch, p. 154, 2000.
- AIGUADÉ R., PONS P., RUBÍ F.: Techniques de crochetage instrumental myofasciale. Kinesither Rev 2008; (75); 17-21.
- VESZELY M. (1) ; GUISSARD N. (2) ; DUCHATEAU J. (2) ; Contribution à l'étude des effets de la fibrolyse diacutanée sur le triceps sural = The effects of fibrolysis on triceps surae muscle. Annales de kinésithérapie. 2000, vol. 27, no 2 (45 p.) (14 ref.), pp. 54-59.

- DAVIDSON CJ et al. Rat tendon morphologic and functional changes resulting from soft tissue mobilization. Med Sci Sports Exer 1997;29: 313-9.
- BAUMGARTH H. Crochetagem. M et A science 2005;2:23.
- LORO FARRERA, C.; LUCHA LÓPEZ, M.O.; CADEVILLA POLO, S.; MARÍN MARTINEZ, E.; TRICÁS MORENO, J.M.; ESTÉBANEZ DE MIGUEL, E. Fibrolisis diacutánea : tratamiento de un caso. Cuestiones de fisioterapia 2000; 14: 9-15.