

Carlos Escrivá, Farmacéutico y Técnico Orto-Protésico



Carlos Escrivá, a sus 39 años, lleva 14 años ejerciendo su profesión de Farmacéutico y Técnico Ortoprotésico, desempeñando actualmente su actividad en la Ortopedia Escrivá, de Alzira (Valencia).

En los últimos tres años, ¿cómo has visto que evoluciona en tu entorno el número de personas amputadas?

En nuestro departamento de Salud y desde nuestro punto de vista sin datos objetivos, el número y proporción se mantiene constante, pero no disponemos de datos objetivos para aseverar ninguna tendencia.

¿Por qué motivos o circunstancias observas que están aumentando las amputaciones?

Sin duda el grupo más numeroso es el de los amputados vasculares por complicaciones derivadas de la diabetes, en segundo lugar los accidentes laborales derivados de la actividad agrícola (muy presente en esta zona), en tercer lugar accidentes de tráfico y en cuarto los cánceres de hueso. Pero insisto en que esto puede variar, esta es sólo nuestra apreciación.

Las personas con las que has tratado amputadas, ¿qué características tienen: son jóvenes, personas de mediana edad, mayores?

En línea con la anterior, los amputados con complicaciones derivadas de la diabetes, en general son pacientes de edad bastante avanzada, los otros tres grupos engloban sin embargo edades medianas y jóvenes.

De las amputaciones que ves, ¿cuál consideras que el porcentaje es mayor: en tibiales o femorales u otros?

Según nuestros datos de 2013 y 2014, podríamos decir que hay un pequeño desequilibrio a favor de los pacientes con unas amputaciones por debajo de la rodilla. Aproximadamente podría ser 55% tibiales, 40% femorales, 5% otras (syme, transmetatarsianas, etc.).

¿Qué niveles de adaptación están obteniendo los amputados a las prótesis y en cuánto tiempo de media se adaptan a éstas?

En nuestro caso, el grado de adaptación de nuestros pacientes es muy alto. Ya que nuestra dedicación a ellos es total hasta cumplir los objetivos. Barajamos varios sistemas de suspensión y tipos de encaje hasta dar con el adecuado. El adecuado para cada paciente no siempre se encuentra a la primera, así que con sentido autocrítico y estudio de los casos de forma individualizada, tratamos de buscar la opción correcta. En cuanto al tiempo, no me atrevería a generalizar. De hecho, este tipo de datos son los que llevan a confusión a la gente. Cada cual tiene unas necesidades derivadas de sus circunstancias. La elaboración de la prótesis es rápida, pero la adaptación conlleva muchos factores, la mayoría de los cuales no dependen exclusivamente de nosotros.



¿Consideras que en la Comunidad Autónoma donde trabajas está a un nivel alto en cuanto a obtención de resultados de las adaptaciones?

En la Comunidad Valenciana en general, y en nuestro departamento en particular, hay muy pocos profesionales con dedicación exclusiva a los pacientes amputados. Recibimos muchos pacientes que vienen de otros sitios, donde fueron recomendados en un primer momento. En concreto hay aproximadamente 100 ortopedias censadas en la Comunidad Valenciana; la gran mayoría de las cuales derivan los trabajos técnicos (como las prótesis) a talleres de fabricación externos, lo que acarrea muchos trastornos para el paciente que acude a dichos establecimientos, ya que el que atiende, nunca es el que toma medidas y éste a su vez es diferente del que fabrica.

¿Qué consideras que sería óptimo para mejorar los resultados de las adaptaciones de las prótesis?

En primer lugar, la profesionalización de los técnicos que se dediquen a este tipo de paciente. En segundo lugar, la integración del técnico en el equipo multidisciplinar que atiende al paciente amputado. El proceso de protetización empieza desde el mismo momento de la amputación y cada paciente, en función del tipo de prótesis que se prevea que va a llevar, necesitaría una rehabilitación post-operatoria individualizada. En tercer lugar, subir un nivel más tras la adaptación a la prótesis y entrar en el campo de la reeducación de la marcha. Este paso también depende de los objetivos del paciente, que a su vez varían en función de edad, actividad previa a la amputación, etc.

¿Qué sería necesario en tu opinión para que los amputados por ejemplo de miembro inferior (femorales) obtuviesen mejores resultados y una adaptación perfecta?

El paciente femoral en concreto, no solo ha de adaptarse al encaje, aprender a colocarlo e integrarlo, sino también deberá aprender el manejo de la rodilla protésica que se haya decidido, y esto necesita de ese tercer factor del que hablaba antes, la reeducación, pero podríamos resumirlo en: una correcta terapia psicológica y fisioterapia tras la amputación; definición de objetivos del paciente en consonancia con sus circunstancias previas y posteriores a la amputación; búsqueda del mejor tipo de encaje (suspensión y forma) para cada momento del proceso y para cada paciente, así como los componentes estructurales para que tanto él como la prótesis puedan rendir en cada fase de la rehabilitación al máximo de sus posibilidades; realización de un encaje y correcta alineación del mismo; adaptación e interiorización; rehabilitación y reeducación de la marcha. Esto solo es posible cuando el paciente se ha adaptado al encaje en una fase anterior.



¿En qué país consideras que deberíamos tener como referencia en el tratamiento de los pacientes amputados y por qué?

Desconozco con exactitud cada modelo extranjero como para juzgarlo. Solo aquí en España hay 17 modelos diferentes y ya es difícil conocerlos todos. Pero por lo que conozco de convenciones y trato con técnicos reconocidos de otros países, posiblemente en el tema del reconocimiento laboral y preparación de profesionales, sea el Reino Unido un buen ejemplo a seguir. Cómo no, en cuanto a prestación, los países nórdicos y centroeuropeos son los más avanzados. España, desde mi punto de vista, podría situarse a la cola de esta lista europea. La prestación es escasa, injusta en muchos casos, no se ajusta a la realidad del paciente, el técnico está excluido del equipo que trata al paciente, y además está mal visto. Esta situación hace además que los pacientes se encuentren siempre en tierra de nadie, tratando de buscar una solución a su problema que nunca llega mientras unos cargan las culpas a los otros...

Fuente: Alfredo Gil (Delegado ANDADE en la Región de Murcia)