

elkarberri

62

Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
del País Vasco



Euskadiko
Fisioterapeuten
Elkargo Ofiziala

Día Mundial de la Fisioterapia

Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
del País Vasco



Euskadiko
Fisioterapeuten
Elkargo Ofiziala

octubre - diciembre 2018 / Ejemplar gratuito
2018ko urria - abendua / Doako alea

Depósito Legal: BI-945-05 - ISSN 2444-4065

próximos cursos

datozen ikastaroak

Fisioterapia Vestibular

azaroaren 17 - Bilbao - 17 de noviembre



Spine & Control: Abordaje Clínico del Dolor Lumbar

azaroaren 23 - Bilbao - 23 de noviembre

El COFPV se reserva el derecho de poder modificar el lugar de celebración del curso o alguna fecha, debido a necesidades de los docentes y razones ajenas a la organización.

Las plazas se otorgarán por riguroso orden de inscripción a los cursos, debiéndose hacer a través de la web colegial (www.cofpv.org)

EFEOk ikastaroaren lekua edo data aldatzeko eskubideari eusten dio, irakasleen beharrianak eta antolatzaileekin zerikusirik ez duten arrazoiak tarteko direla.

Ikastaroetako inskribapenaren ordenagatik bananduko dira plazak, webgunearen bidez egin beharrekoa (www.cofpv.eus)



June Ruiz
Vicepresidenta COFPV
EFEO Presidenteordea

editorial

editoriala

COFPV

Todos y todas conocemos ya a estas alturas las palabras que están detrás de nuestras siglas: Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

Pero hay muchos más mensajes ocultos que podemos encontrar tras ellas y que también pueden llegar a expresar mucho de nuestro día a día, de nuestra realidad, tanto como fisioterapeutas como Colegio.

Y me ha parecido bonito dedicar esta editorial a este pequeño "juego".

COFPV
Cultivamos nuestro Oficio Formándonos y Perfeccionando Virtudes

COFPV
Curiosos, Observadores, Firmes, Perfeccionistas, Valientes

COFPV
Construimos con el Objetivo de Finalizar un Paradigma Vetusto

COFPV
Contribuimos para Ofrecer un Futuro Próspero y Viable

COFPV
Creamos Opiniones Férreas Persiguiendo la Verdad

COFPV
Combatimos el Obscurantismo Formando Profesionales a la Vanguardia

COFPV
Conscientes de la Obligación de Fomentar un Progreso Visible

COFPV
Compaginamos Ocio, Familia, Pacientes, Vida

COFPV
Calidad, Orgullo, Felicidad, Pasión y Vitalidad

COFPV
C.... O.... F.... P.... V....

¿Se te ocurre a ti alguna?

EFEO

Gaur egun, guztiok ezagutzen ditugu jada gure siglen atzean dauden hitzak: Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala.

Baina oraindik ere mezu gehiago daude hitz horietan ezkatututa, eta horiek ere asko esan dezakete gure eguneroko lanari buruz, bai fisioterapeuta gisa bai Elkargo gisa bizi dugun errealtateari buruz.

Eta polita iruditu zait editorial hau "jolas" txiki honetarako erabiltzea.

EFEO
Eskuratzen dugu Formakuntza eta zorrozten ditugu bertuteak: hala, Elikatu egiten dugu geure Ofizioa.

EFEO
Ekintzaileak, Fidelak, Eskuzabalak, Oldakorrak

EFEO
Eraiki egiten dugu, antzina Fabrikatutako paradigma bat Eraisteko hElburu Orokorrarekin

EFEO
Etorkizun Faboragarri eta bideragarria Eskuratzen Orientatuta gaude.

EFEO
Egiaren bidean iritzi Finkoak Eraikitzen ditugu guztion Onurarako

EFEO
Egunean dugu beti Formakuntza eta horren bidez, aurre Egiten diogu Obskurantismoari

EFEO
Ezagutzera eman daitekeen aurrerapena Finkatzeko gure Eskurako Obligazioaren jakitun gara.

EFEO
Elkartasuna, Familia eta Energia dira gure Oinarriak.

EFEO
Emaitzak, Fidagarritasuna, Esperientzia eta Oparotasuna

EFEO
E... F... E... O...

Besteren bat bururatzen zaizu?

sumario

aurkibidea

2

cursos
ikastaroak

3

editorial
editoriala

4

noticias
berriak

12

artículo
artikuloa

20

asesoría jurídica
aholkularitza juridikoa

22

anuncios
iragarkiak

26

colegiados
elkargokide

27

última hora
asken ordua

Presidencia y Dirección Lehendakaritza eta Zuzendaritza
Iban Arrien Celaya

Coordinación Koordinazioa:

Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo

Realización y Maquetación Gauzatzea eta Maketazioa

J&J Creativos

Fotografía Argazkigintza

ORO

Edita Argitalpena

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco

Publicación trimestral Hiruhilabeteko argitalpena

3.000 ejemplares

Queda prohibida la reproducción parcial o total de los contenidos publicados en este ejemplar sin autorización expresa escrita de la Junta de Gobierno del COFPV.

Elkarberri y el COFPV no se hacen responsables del contenido e imágenes de los anuncios publicitarios, así como de los contenidos de los artículos publicados, ya que se corresponden con la opinión de sus autores.

Ale honetan argitaratutako edukien kopia osoa edo partziala egitea debekatuta dago, EFEO-ko Gobernu Batzordeko idatzizko berariazko baimena eduki gabe.

Elkarberria eta EFEOa ez dira iragarkien eduki eta irudien arduradunak egiten, ezta argitaratutako artikuluen edukiena, beraien egileen iritzia delako.

Fisioterapia y Salud Mental

Celebración del Día Mundial de la Fisioterapia

Con motivo de la conmemoración del Día Mundial de la Fisioterapia, el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco quiso poner el foco en visibilizar la evidencia científica que avala la eficiencia y efectividad del ejercicio terapéutico en el abordaje de los diferentes trastornos que afectan a la Salud Mental de la población, como es el caso de la depresión, los trastornos de la alimentación, la esquizofrenia y otras psicosis, las alteraciones de la personalidad, las demencias, las conductas adictivas y la ansiedad.

Avalada también por una larga y exitosa trayectoria en países de nuestro entorno europeo, como Francia, Bélgica, Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Holanda y Suecia, así como en Estados Unidos, Australia o Canadá, la Fisioterapia en Salud Mental no está sin embargo suficientemente implantada en España, por lo que desde el COFPV quisimos hacer un llamamiento a incluir a los fisioterapeutas en los equipos multidisciplinares encargados de dar respuesta a los diferentes trastornos que afectan a la Salud Mental de la

población, para ofrecer un complemento esencial a la Farmacología y a la Psicoterapia.

Dado que la evidencia científica ha demostrado que ejercicio físico pautado y supervisado por un fisioterapeuta constituye una excelente herramienta terapéutica para combatir trastornos de fuerte carácter psicossomático característicos de los trastornos de Salud Mental, incidiendo positivamente en el alivio de las alteraciones físicas y fisiológicas que originan (insomnio, pérdida de apetito, problemas de oxigenación por afecciones respiratorias asociadas, dolor crónico, contracturas musculares...), mejorando con ello las capacidades de los pacientes e incrementando su calidad de vida, el COFPV organizó una charla bajo el título "Fisioterapia y Salud Mental" impartida por la prestigiosa fisioterapeuta D^a. Maite Cenoz (representante de España en la Organización Internacional de Fisioterapeutas en Salud Mental y miembro de la junta de la Asociación Española Fisioterapia en Salud Mental-AEF).



Los objetivos de la charla fueron:

- Introducir el campo de la fisioterapia en salud mental
- Explicar brevemente la intervención clínica con algunos ejemplos clínicos
- Crear interés en el colectivo





En la charla, se presentaron la Organización Internacional de la Fisioterapia en Salud Mental (IOPTMH), Conferencias internacionales de Fisioterapia de Psiquiatría y Salud

Mental International (IC-PPMH) y la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud Mental (AEF-SM), dándose un breve resumen de las técnicas de intervención más actuales de fisioterapia, así como algunos ejemplos clínicos.

La interactividad de la charla permitió la generación de debates sobre los temas tratados.

El aforo de la sede colegial se quedó pequeño debido al grado de interés generado hacia el colectivo, cosa que desde el Colegio acogemos como algo muy positivo.

Tras los agradecimientos y el merecido reconocimiento a D^a. Maite Cenoz por su ponencia, se celebró en el hall de la sede colegial un pequeño lunch donde los participantes pudieron intercambiar opiniones.

Desde la Junta de Gobierno queremos agradecer a todos los asistentes su participación en este Día Mundial de Fisioterapia y esperamos que las próximas acciones colegiales tengan el mismo éxito.

Por último, queremos agradecer a D^a. Maite Cenoz su absoluta disponibilidad para la celebración de este acto, el cual, habría sido imposible realizar sin ella.

Consejo de Redacción

Merkatuko Benda Neuromuskularrik Orekatuena

Aitex-ek egin dituen ikerketen arabera ez dago zito-toxikotasun arrastorik, ez-eta azaleko sumindurarik ere*

TEMTEX® porositate handiko* benda neuromuskularra da, azalak osasuntsu irauteko ezinbesteko ezaugarria

Elastikotasuna da TEMTEX® Kinesiology Tape-ren ezaugarri nagusietako bat, % 150-160 da



TEMTEX® lehen mailako osasun produktua gisa sailkatuta dago.

* Aitex zuntz teknologikoen institutuak ziurtatutako datuak



El COFPV convoca los IV Premios Euskadi de Fisioterapia



Los galardones, se entregarán en la Asamblea General de diciembre

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco lanza la cuarta edición de los Premios Euskadi de Fisioterapia.

Dichos premios, buscan reconocer y poner en valor a los diferentes profesionales que trabajan en el avance de la Fisioterapia en el País Vasco.

Las bases de esta convocatoria mantienen las cinco categorías de las tres ediciones anteriores.

Así los IV Premios Euskadi de Fisioterapia contarán con las siguientes categorías:

- Mejor Fisioterapeuta
- Mejor Propuesta Comunicativa sobre Fisioterapia
- Mejor Trayectoria Profesional en Fisioterapia
- Premio a la Investigación
- Premio al Mejor Trabajo Fin de Carrera

Las bases de esta nueva convocatoria están disponibles en la web del Colegio y la participación puede ser tanto a título individual como colectivo.

Se mantiene la cuantía de los premios que son:

- Mejor Fisioterapeuta
Beca formativa valorada en 500 euros

- Propuesta Comunicativa sobre Fisioterapia
Galardón y diploma de reconocimiento
- Trayectoria Profesional en Fisioterapia
Galardón y diploma de reconocimiento
- Premio a la investigación
1.000 euros y beca formativa de 500 euros
- Trabajo Fin de Carrera
Beca formativa de 300 euros

El plazo de presentación de los trabajos y propuestas finalizará el 23 de noviembre del 2018. Se considerarán dentro de plazo los trabajos con certificación postal dentro de la fecha límite citada.

El fallo del Jurado será el día 10 de diciembre del 2018, haciéndose público el día 15 de diciembre del 2018, haciéndose coincidir con la Asamblea Ordinaria.

Los ganadores serán previamente notificados mediante carta expresa al autor o al primer autor que figure en la lista contenida en el sobre cerrado adjuntado con el trabajo.

Cada autor o autores podrá presentar un solo trabajo para optar a los diferentes premios, en el caso de las categorías de mejor propuesta comunicativa y el premio a la investigación, los trabajos presentados deben ser inéditos y no se admitirán trabajos que hayan sido galardonados en otros premios.

Además, deberán presentarse de forma anónima o bajo pseudónimo.

Todos los interesados podrán proponer candidatos a las categorías de mejor fisioterapeuta, mejor trayectoria profesional en fisioterapia y mejor propuesta comunicativa sobre fisioterapia. Esta medida tiene el objetivo de abrir el abanico de propuestas y de permitir la participación en los premios de todo el colectivo de fisioterapeutas vascos.

Una vez recibidas las propuestas, un jurado profesional compuesto por un máximo de 7 miembros decidirán los ganadores finales.

Os animamos a todos a presentar vuestras candidaturas a estos premios que persiguen visualizar la excelente labor que realizan muchos de los profesionales de la Fisioterapia.

Consejo de Redacción



Osakidetza

Reunión con la Subdirección de Enfermería de Osakidetza - SVS

El pasado 17 de septiembre se produjo, por primera vez, en la sede colegial, un encuentro entre representantes de este Colegio y la Subdirección de Enfermería de Osakidetza en la persona de Dña. Inmaculada Moro, Subdirectora-Asesoría de Enfermería.

Tras congratularnos por este inicio de relaciones institucionales y aplaudir el cambio de rumbo de la Subdirección de Enfermería de Osakidetza, los representantes colegiales trasladaron las inquietudes históricas de los fisioterapeutas para la gestión de su actividad, como la creación de una Subdirección propia y paralela al ámbito de enfermería.

La Sra. Moro señaló que la subdirección se identifica con la gerencia del grupo B y no solo con la orientación hacia el colectivo de enfermería, argumento que originó un debate por la diferencia de apreciación de los fisioterapeutas, que creen encontrarse en un segundo escalón.

A petición de la Sra. Moro, los representantes colegiales en nombre del colectivo enumeraron sus inquietudes más relevantes:

- Infradimensión del número de profesionales fisioterapeutas (incumplimiento del ratio aconsejado por la OMS, ofertas públicas precarias en lo que a plazas se refiere -¡año tras año y de forma reiterada!-,...).
- Falta de incorporación del colectivo y de la actividad fisioterápica en el ámbito de la Atención Primaria, con la relevancia, el interés común y los beneficios -asistenciales, costes de producción,...- a nuestro entender, que tendría su incorporación.
- Y por último, la incongruencia entre un excesivo grado de dependencia y falta de autonomía profesional en el día a día del colectivo que presta sus servicios en la red Osakidetza, frente al desarrollo académico que ha adquirido la disciplina: limitaciones en la puesta en marcha y utilización de herramientas terapéuticas con evidencia científica, perpetuación de dinámicas de funcionamiento de "vasallaje" con Médicos Rehabilitadores,...

Ante estas inquietudes, la Sra. Moro manifestó especial interés en la búsqueda de proyectos comunes que enriquezcan el desarrollo profesional y mejoren la asistencia, como pudieran ser, la colaboración en elaboración de Guías / Protocolos de Prácticas basadas en la Evidencia, Desarrollo conjunto de Talleres técnicos, asistencia a eventos de formación interna de representantes del COFPV,....

Como no podía ser de otra manera, los representantes colegiales recogieron el testigo y agradecieron esta proyección de colaboración institucional.

Desde la Junta de Gobierno esperamos poder ir informando de los avances en este tema que consideramos de gran interés para nuestro colectivo.

Consejo de Redacción



Diferentes colegios se reúnen con la Asociación de Profesionales de la Atención Temprana

El pasado 27 de septiembre en la sede del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco se reunieron el Colegio de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias, el Colegio de Psicología de Bizkaia, el Colegio de Logopedas del País Vasco y el Colegio Oficial Fisioterapeutas País Vasco con la Asociación de Profesionales de la Atención Temprana del País Vasco donde se compartieron distintos aspectos de interés común con relación al desarrollo de la Atención Temprana en Euskadi y al papel de los/as profesionales que, desde sus distintos ámbitos de actuación, intervienen en los llamados Centros de Intervención en Atención Temprana.

Se trasladó por parte de los representantes colegiales un pequeño resumen del "histórico" vivido – encuentros oficiales, comunicados, reuniones con responsables de las

Diputaciones y del Gobierno Vasco,...-, con relación al DECRETO 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en Euskadi, así como el punto de vista y el rol que, en calidad de Instituciones colegiales, pueden ofrecer y/o aportar a este respecto.

En este sentido, se señaló, por parte de los representantes colegiales, las distintas acciones que se están desarrollando en este momento y que se centran fundamentalmente en la búsqueda y colaboración para el diseño y desarrollo de una oferta formativa específica que de respuesta a las exigencias y criterios contemplados en el Decreto y en la normativa aplicable.

Cabe destacar que como fines de esta Asociación destacan:

- Mejora de la calidad asistencial

en el ámbito de la AT

- Proyección, promoción y desarrollo de estudios e investigación a este respecto (encuentros técnico-profesionales, talleres, formación, desarrollo Congresos, fomento de la investigación,...)
- Incremento de la visibilización de la Atención Temprana
- Fomento de colaboración interinstitucional que favorezca la optimización de la intervención en Atención Temprana.

Por tanto, y atendiendo a los intereses comunes de todas las entidades, se acuerda la activación de un posible acuerdo colaborativo del que os mantendremos puntualmente informados.

Consejo de Redacción



Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo

Desde el COFPV os trasladamos un decálogo de la Agencia Española de Protección de Datos que atañe a los fisioterapeutas como personal sanitario y que consideramos es muy claro a la hora de explicar las acciones básicas que debemos hacer para asegurar los datos de carácter personal con los que trabajamos.



1

Trata los datos de los pacientes como querías que tratarasen los tuyos

2

¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Solo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo

3

Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente

4

Evita informar a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengas una justificación lícita

5

Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña; si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática

6

No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica; si fuera imprescindible, no olvides cifrar los datos

7

No tires documentos con datos personales a la papelera; destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro

8

Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica

9

No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión

10

No crees por tu propia cuenta ficheros con datos personales de pacientes; consulta siempre antes con el departamento de informática

El COFPV se reúne con la Consejería de Salud



El pasado jueves, 11 de octubre, tuvimos la oportunidad de reunirnos en la Sede Central de la Consejería de Salud –Vitoria-Gasteiz- y mantener una interesante reunión oficial con el Consejero de Salud, D. Jon Darpón, la Directora General de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria – Dña. Nekane Murga- y con D. Iñaki Berraondo, Viceconsejero de Salud. Por parte del C.O.F.P.V. acudieron, D. Iban Arrien –en su calidad de Presidente-, D. Roberto Romero –Secretario- y D. Severino Setien –Asesor Jurídico-.

En la misma, en un ambiente de mutua cordialidad, se pudieron abordar distintos temas de común interés entre los que destacamos: la incorporación del colectivo fisioterapeuta en la red de Atención Primaria del Servicio Vasco de Salud, el control de la Publicidad Sanitaria y el intrusismo profesional, la demanda de inclusión de representación profesional en el Consejo Vasco de Sanidad, la Ley del Medicamento, el recientemente aprobado Decreto de Seguridad del Paciente o el papel de la Subdirección del colectivo en Osakidetza.

Destacar si cabe la excelente proyección y buen horizonte de la incorporación de la disciplina dentro de la red de Atención

Primaria del SVS. Los representantes del COFPV, como ya hicieron en su día, facilitaron un dossier con distinta documentación que pretendía ofrecer apoyos y argumentos a la histórica demanda de incorporación del colectivo a la AP. Estudios de sostenibilidad, resumen de Jornadas monográficas, experiencias en otros territorios, tesis doctoral al respecto,... fueron algunos de los documentos presentados en la defensa del compromiso adquirido y publicado en distintos medios de comunicación. A este respecto, desde la Consejería se nos trasladaba un resumen de los primeros pasos dados, destacando la activación –a lo largo de este próximo trimestre- de la primera experiencia piloto en el territorio histórico de Araba. Un primer paso, que pretende ofrecer y marcar el camino a seguir hasta la consecución del proyecto ambicioso de incorporar la Fisioterapia de manera integral en los equipos de Atención Primaria en Euskadi, con dinámicas de funcionamiento, derivación y actividades en el marco de la Salud Comunitaria, hasta ahora no atendidas por la red pública vasca. Satisfacción por tanto muy elevada en lo que al COFPV se refiere ante un esperanzador proyecto que se dibuja en un horizonte cercano y que ofrece, por fin, una respuesta estimatoria, a una demanda recurrente

de esta Institución colegial.

Tuvimos también la oportunidad de exponer de manera pormenorizada distintos ejemplos de publicidad engañosa en el ámbito de la Fisioterapia, asumiéndose –por parte de la Sra. Murga- la responsabilidad de reevaluar los casos expuestos –ya abordados con anterioridad en la Comisión de Control pero con resoluciones insatisfactorias a nuestro modo de entender-.

El nuevo Decreto de Seguridad del paciente despierta un interés común. Pudimos explicar nuestros avances en esta materia, así como la gestación del Comité de Seguridad colegial y los planes y guías correspondientes. Desde el COFPV nos sumamos al ambicioso proyecto de generar y promover una verdadera cultura en torno a ello, solicitando disfrutar de aspectos como la formación continua on-line, puesta en marcha desde la Dirección de Osakidetza. Agradecer desde aquí el VºBº a esta propuesta de colaboración y el sentir positivo de nuestra apuesta y compromiso por el proyecto global.

Por último, se señaló la necesidad de encontrar una Subdirección con la que los/las profesionales fisioterapeutas de Osakidetza-SVS, pudieran encontrarse identificados/as y representados/as, alejada de políticas “polarizadas” hacia el sector enfermero.

Encuentro cordial y positivo en definitiva, que espera tener una continuidad con la articulación de contactos y dinámicas de mutua colaboración.

Consejo de Redacción



Neumólogos y fisioterapeutas se unen por la acreditación en Fisioterapia Respiratoria

Desde el COFPV transcribimos una noticia que consideramos muy importante de cara al futuro de la fisioterapia respiratoria.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) ha firmado un convenio con el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (Cgcfe), con el objeto de trabajar conjuntamente para la gestión y promoción de la consecución de los Diplomas de Acreditación de Fisioterapia Respiratoria y Acreditación Avanzada que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social regula en el RD 639/2015 de 10 de julio.

En concreto, el Cgcfe ha solicitado al Área de Fisioterapia Respiratoria de Separ, coordinada por Antonio Ríos, fisioterapeuta del Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena, Murcia), determinar los criterios que en un futuro sean exigibles a los fisioterapeutas que soliciten este Diploma de Acreditación. Este sería el primer Diploma de Acreditación que el Cgcfe perseguiría obtener.

El Área de Fisioterapia Respiratoria de Separ, que aglutina en la actualidad al mayor número de profesionales de este campo asistencial en España, ha creado para tal fin un grupo de trabajo que analizará y desarrollará, en relación continua el Cgcfe, los requisitos que se trasladarán para ser tenidos en cuenta a posteriori por la Administración en el desarrollo del Real Decreto que regula estos diplomas.

Mayores garantías de seguridad

La Separ considera que la creación de Diplomas de este tipo permitirá, tal y como prevé el Real Decreto, favorecer el incremento de las garantías de seguridad en la asistencia a los pacientes, por profesionales con una acreditación que certifica que han alcanzado un determinado nivel de desarrollo profesional en un área específica, en este caso, la Fisioterapia Respiratoria.

Antonio Ríos explica que “la práctica de la fisioterapia respiratoria consigue una recuperación más rápida de los

enfermos hospitalizados y un mejor control de los síntomas de los pacientes crónicos”, y añade: “los pacientes que se benefician de la aplicación de las técnicas de Fisioterapia Respiratoria redundan en más vida con una mejor calidad, ya que está demostrado que esta disciplina permite ralentizar el deterioro progresivo que determinadas patologías respiratorias crónicas indefectiblemente conllevan”.

En la firma también han estado presentes Miguel Villafaina, presidente del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España; Carlos A. Jiménez-Ruiz, presidente de Separ; y Germán Peces-Barba, vicepresidente neumólogo de Separ.

Noticia publicada el pasado 2 de octubre en diversos medios de comunicación



Disco Intervertebral

Juan M^a Morales Aizpun - Colegiado 562 COFPV
Goretti Aranburu Guenaga - Colegiada 15 COFPV

Introducción

A pesar de la gran inversión en diagnósticos por imagen, fármacos, operaciones quirúrgicas etc. hoy en día, los problemas musculoesqueléticos siguen en auge. Según un estudio de Estados Unidos, el dolor lumbar afecta a más del 85% de las personas y se estima que los costos anuales que conlleva son de 100 billones de dólares. Se cree que factores como la obesidad y el sedentarismo tienen que ver con este incremento.

Sólo el 1% de los dolores lumbares es debido a tumores, fracturas... Sólo el 5% tiene que ver con protusiones o hernias discales o compresiones nerviosas. Para localizar a ese 5%, hemos creado un problema con los diagnósticos por imagen (resonancias magnéticas RMN, por ejemplo): aparecen protusiones, hernias, degeneraciones de disco, facetarias etc. que NO tienen que ver con la clínica que presenta el paciente en los otros 95% de los casos, ya que son hallazgos que también aparecen en sujetos asintomáticos.

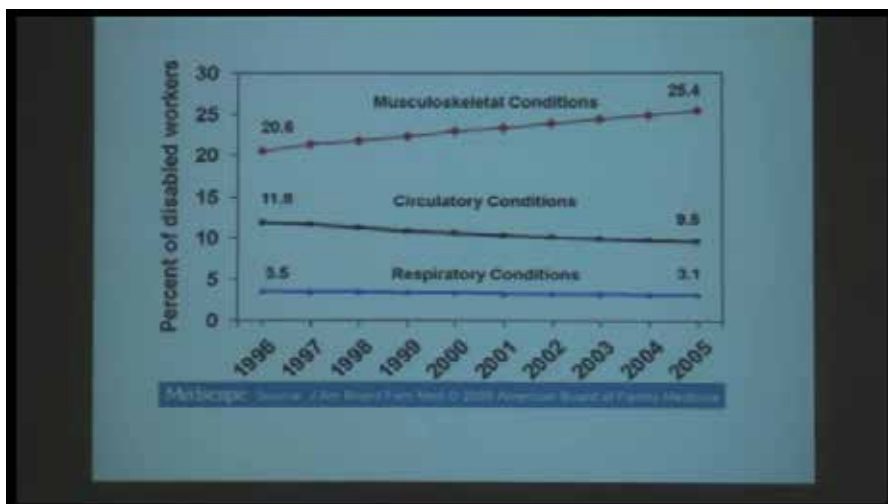
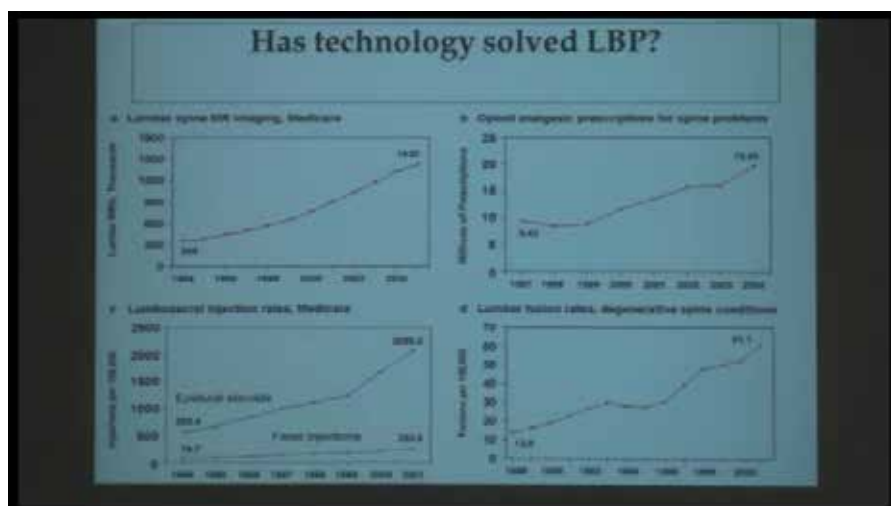


Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%



Por tanto, muchos pacientes que tienen dolor lumbar y son diagnosticados con hernia/protusión en su RMN, son asustados sin ninguna necesidad, porque sus síntomas NO corresponden con la imagen "anormal" que aparece en la RMN.

Lo primero que tiene que hacer el fisioterapeuta, es hacer el screening inicial y descartar patología seria que habría que derivar al médico. Lo segundo, es saber desde dónde está hablando el paciente con dolor lumbar. Puede ser que su gran temor sea tener un tumor, o que esté asustado por los resultados de la RMN. Sabiendo desde



donde habla el paciente, aclarar la posible causa de su dolor es el tercer paso.

Cuando nos lesionamos debemos respetar los tiempos de recuperación, pero, después, volveremos a estar listos para el movimiento. Los discos intervertebrales curan despacio, pero curan. Con el tratamiento y una vez que se han respetado los tiempos de recuperación, el movimiento es el gran aliado de la recuperación.

El dolor está biológicamente unido a la reacción de miedo y/o enfado. Tras un episodio de dolor lumbar, a veces, es el miedo al dolor el que nos paraliza, y no el propio dolor. Debemos dejar de pensar en la columna o en los discos, como algo frágil y vulnerable: el dolor NO es proporcional al daño en los tejidos, el movimiento es bueno para el cuerpo, la espalda está diseñada para moverse. Como fisioterapeutas tenemos que hacer que los pacientes vuelvan a confiar en su espalda y cambien su forma de relacionarse con el dolor. Tanto la progresión en terapia manual, como en los ejercicios, van dando seguridad al paciente, que va viendo y sintiendo sus avances.

Existe numerosa bibliografía que informa de casos de desaparición o regresión espontánea de hernias discales sin que se realice un tratamiento quirúrgico. En esta foto, es posible ver la evolución

natural, hacia mejor, de una hernia discal lumbar, en un intervalo de un año.

Mike Stewart, es fisioterapeuta de "Know Pain. Empowering Function through Education". Entre sus recursos terapéuticos está esta guía para recuperar el control a pesar del dolor que acompaña al paciente y la utilización de metáforas para trasladar los conceptos científicos abstractos a la realidad del paciente. Las metáforas mejoran la comprensión y la reconceptualización del dolor, pero el desafío del fisioterapeuta está en personalizarlas para cada paciente.

Compartimos una de las metáforas de Mike Stewart que más nos han gustado: "Antiguamente, se creía que en el interior de los volcanes, vivía un Dios con tendencia a enfadarse y escupir fuego. Para que no se enfadara, se hacían sacrificios en su honor. A veces, nos seguimos comportando así con la hernia (en este caso). Para que no se enfade el "Dios hernia de disco", sacrificamos cosas de nuestra vida, sacrificamos movimientos, hobbies... y ésto, tiene tan poco sentido para la ciencia, como los sacrificios que se hacían al Dios Volcán".

Una vez respetado el tiempo de recuperación, evitar el movimiento hasta encontrarse mejor, no es buena idea, porque hay un progresivo desacondicionamiento, y sobreviene el dolor.

En profundidad

Desde hace tiempo, los profesionales de la salud conocen la importancia de la inclusión de la fisioterapia neuromusculoesquelética para el dolor lumbar.

En el caso de las hernias discales, el tratamiento conservador es la primera elección de tratamiento. En estudios donde comparan el tratamiento quirúrgico frente al conservador en hernias discales, se encuentran evidencias de que la cirugía presenta resultados estadísticamente similares al tratamiento conservador después de transcurridos uno o dos años. Incluso, se ha realizado un seguimiento durante diez años de pacientes intervenidos frente a otros, a los que se les realizó un tratamiento conservador, y las diferencias en los resultados no son estadísticamente significativas cuando se comparan ambos grupos. Todo lo anterior nos indica que la alternativa del tratamiento conservador en personas que padecen una hernia o protusión lumbar debe ser tomada muy en cuenta, incluso si ha existido una lesión neurológica derivada de la compresión radicular producida por el disco lesionado: en la zona lumbar es donde más favorablemente parecen evolucionar dichas complicaciones. En Holanda por ejemplo, el 49% de los pacientes es enviado directamente a realizar fisioterapia, e incluso en otros



países como EEUU esta cifra llega a alcanzar el 60%.

Antes de nada, se debe realizar el screening en la anamnesis para descartar posibles patologías graves (red flags). Derivar aquellas que precisen de una valoración médica más en profundidad: radiculopatías, sospecha de tumores, problemas vasculares... o incluso trastornos que puedan tener por su origen, un tratamiento más psicológico. La realización de manera urgente de una RMN es necesaria y obligatoria en pacientes que presentan un síndrome de cauda equina, ya que si se mantiene durante más de 72 horas, el riesgo de padecer déficits neurológicos aumenta considerablemente.

En caso de no presentar red flags, la persona es candidata a realizar tratamiento fisioterápico. Puede resultar complicado, pero el diagnóstico precoz es crucial en este tipo de patologías, de lo contrario puede mantenerse el dolor y aumentar el gasto en consultas reiteradas y fármacos.

El 80% del dolor lumbar es de origen mecánico simple o también llamado dolor lumbar inespecífico. La mayoría de los clínicos, pone etiquetas al dolor lumbar inespecífico implicando categorías patoanatómicas (Kent and Keating 2005): articulaciones cigoapofisarias, facetas, discos, inestabilidad, articulación sacroilíaca (ASI). La interpretación clínica, y no sólo el diagnóstico por imagen, nos puede llevar a pensar que la sintomatología del paciente tiene que ver con un trastorno de origen discal. La especificidad del examen clínico para el diagnóstico de hernia discal es del 90%, dando sólo un 10% de falsos positivos (Knutson, 1961). Saber que estamos ante un paciente con dolor lumbar de origen discal, ayudará en nuestro tratamiento y pronóstico. El dolor lumbar discogénico se presenta como el tipo más común de dolor lumbar crónico, representando el 39% de los casos, a los que habría que añadir otro 30% debidos a hernia discal.

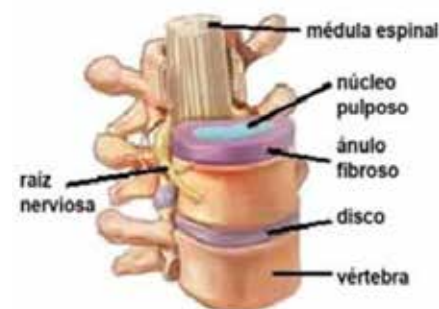
En la actualidad, a nivel de investigación, el tratamiento de la protrusión y/o hernia discal está en constante evolución, existe mucha controversia sobre cuándo utilizar una técnica u otra, y se sabe poco sobre su eficacia, por lo que queda

mucho por investigar. A nivel clínico, hay hernias que evolucionan bien, y otras que no tanto como nos gustaría.

El disco intervertebral (DIV) es clave tanto en la estructura, como en la función de la columna vertebral. Las investigaciones que se han realizado sobre su biología, han permitido avanzar en el conocimiento sobre su crecimiento, remodelación, regeneración, reparación y sobre los cambios celulares continuos tanto dentro como fuera del DIV, cambios que influyen directamente en la madurez y en salud de éste. También han permitido conocer mejor la respuesta de esta estructura al estrés mecánico, el cual parece ser el causante de las alteraciones de la matriz extracelular discal (aunque no siempre coincide la gravedad de los cambios con la aparición de dolor asociado). Con todo este conocimiento, se comprende mejor la complejidad de su función: la transmisión de fuerzas y distribución de las cargas a través de él. Sin embargo, los diferentes factores mecánicos que influyen en la columna vertebral como la edad, la genética, fenómenos electrocinéticos y el transporte de nutrientes y productos metabólicos, todavía dificultan hoy el estudio y la comprensión de todas estas interacciones.

El DIV se encuentra entre los cuerpos vertebrales, relacionando a las vértebras entre sí, formando la "unidad vertebral funcional", que comprende la parte inferior de la vértebra superior, la parte superior de la vértebra inferior, junto con el DIV y el resto de tejidos blandos (ligamentos, cápsula, musculatura) que lo complementan. El DIV proporciona seis grados de movilidad al "segmento móvil" lo que sirve para la amortiguación de cargas. Fisiológicamente, el disco experimenta combinaciones de fuerzas y deformaciones, todo ello determinado por los movimientos voluntarios, limitado por las estructuras que conforman la anatomía de la columna, ciertas complicaciones debidas a que la columna está sometida a movimientos de rotación acoplada, fuerzas que derivan de la estabilización de la columna vertebral, la presión intraabdominal y perturbaciones externas. El conjunto de todos estos elementos complica el entorno de carga del DIV, por lo que reproducir las verdaderas condiciones de carga

fisiológica en el disco es complicado.



El DIV está compuesto por varias regiones: el núcleo pulposo, localizado en la parte central, compuesto por una red blanda y transparente de fibras finas en donde se encuentra un gel (sustancia fundamental constituida por un complejo proteico-polisacárido). Contiene fibras de colágeno organizadas aleatoriamente y de elastina, además de contener agregados. Su composición y aspecto varía con la edad, y se vuelve cada vez más rígido.

El anillo fibroso, laminar y resistente (menos hidratado), compuesto de una serie de 15-25 anillos o láminas concéntricas, con las fibras de colágeno dispuestas paralelamente dentro de cada lámina. Las fibras están orientadas unos 60° con respecto al eje vertical, alternando a izquierda y derecha en laminillas adyacentes. Las fibras de elastina se encuentran entre las laminillas, y parece que ayudan al disco a volver a su disposición original tras realizar algún movimiento. Existe una variación en los componentes estructurales del anillo; mientras que en las laminillas de la parte interna se observa principalmente colágeno tipo II y fibrocondrocitos, las externas están compuestas predominantemente de colágeno tipo I y pobladas por fibroblastos.

La tercera región morfológicamente distinta, es la placa terminal o platillo vertebral cartilaginoso: una capa horizontal delgada, por lo general menos de 1 mm de espesor, de cartilago hialino. Su composición es similar a la del anillo fibroso pero con un menor porcentaje de agua y un mayor componente fibroso.

Un disco normal, está influenciado por factores genéticos (se han observado



asociaciones entre la degeneración discal y polimorfismos de diversos genes, como los del agregano, colágeno IX y receptores de vitamina D, que con el paso del tiempo dan lugar a la aparición del dolor lumbar, pudiendo llegar a ser la causa del 30% de estas patologías) y ambientales (factores psicológicos, factores sociales -obesidad, sedentarismo-mala ergonomía) que provocarán cambios biomecánicos y bioquímicos, que van provocando la degeneración del disco, tanto con fisuras en el anillo fibroso como con la respuesta inflamatoria.

Cambios biomecánicos y bioquímicos

El equilibrio entre los cambios biomecánicos y los cambios bioquímicos es importante para mantener la textura del tejido sano y el tránsito normal de células por la matriz extracelular del tejido.

Tanto el núcleo como el anillo fibroso, son parecidos, los dos contienen agua, colágeno y proteoglicano (PG), pero en diferentes concentraciones. El principal constituyente del disco es el agua, que puede suponer hasta el 65-90% del volumen del tejido, aunque este dato varía con la edad y la zona del disco. Durante el envejecimiento, los cambios que se producen en el disco son:

1. Incrementa el colágeno tipo I en el núcleo pulposo: el colágeno tipo II del núcleo pulposo cambia su composición y pasa a ser del tipo I y III (en muy degenerados, de tipo X). La disposición de las fibras de colágeno en el disco muestra una alta especialización. Son más finas que en el anillo, con forma de malla irregular, mientras que en el anillo, el colágeno adquiere una disposición en láminas concéntricas. La disposición de la red de colágeno en el disco tiene una influencia fundamental en la distribución de la carga.
2. Reducción de proteoglicanos en el núcleo pulposo: Los PG del DIV dan a la matriz una elevada presión osmótica y una baja permeabilidad hidráulica, por lo

cual se encargan de resistir las cargas en compresión del disco. Mientras que valores bajos de presión aumentan el número de PG, los valores altos de presión discal, aumentan la producción de metaloproteinasas que catabolizan las diferentes moléculas pudiendo degradar el DIV e inhiben la formación de PG. La pérdida de PG, se traduce en una pérdida de glicosaminoglicanos, que provoca una caída de la presión osmótica y, por tanto, de agua y con ello, de altura del disco que implica una función mecánica comprometida, ya que se modifican la transmisión de la carga sobre las estructuras adyacentes de la columna, como músculos, ligamentos, cápsulas de las articulaciones facetarias y estructuras óseas, todos ellos con una profusa inervación.

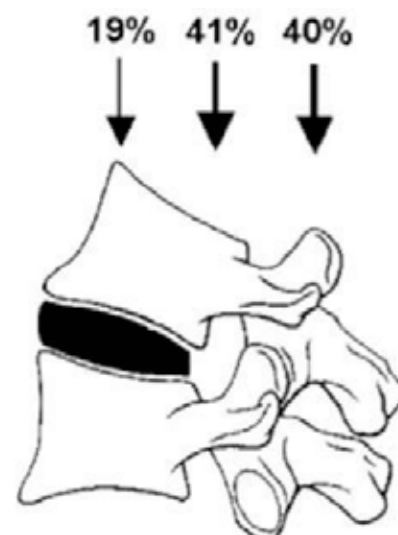


normal disc

3. Reducción de fibras de elastina en el anillo: Las células del anillo están menos influenciadas por las fuerzas de compresión. La elastina es clave en la interacción de las células con la matriz extracelular. El DIV tiene la capacidad de remodelarse, lo que implica tanto la degradación como la síntesis de nuevos componentes. Mantener el equilibrio entre la síntesis, degradación y acumulación de macromoléculas de la matriz determina su calidad e integridad, y por lo tanto el comportamiento mecánico del propio disco. Cuando la proteólisis es mayor que la

inhibición, aparece la alteración de la matriz extracelular y la apoptosis, y en el caso contrario, la fibrosis tisular o cicatriz.

4. Incremento de la cohesión colágeno-proteoglicano: El envejecimiento provoca que el límite entre el anillo y el núcleo se vuelva menos obvio, encontrándose el núcleo más fibrótico, desorganizado y con menor cantidad de gel, reduciendo su capacidad de funcionar como un elemento hidrostático. El anillo también aparece más irregular, con las redes de elastina y colágeno más desorganizadas. En definitiva, al aumentar la edad aumenta la incidencia de los cambios degenerativos que incluyen la muerte de determinadas células como los condrocitos



degenerated disc

(provocando la proliferación de otras), la degeneración mucosa, un cambio granular, y la aparición de fisuras anulares. Es difícil diferenciar los cambios que se producen exclusivamente debido al envejecimiento de los que podrían ser "patológicos".

5. El desuso de la columna vertebral provocando la degeneración de otras estructuras (ligamento amarillo, interespinoso etc.) y limitando el rango de movimiento vertebral. En las situaciones de dolor crónico, músculos como el multifido, importante para la

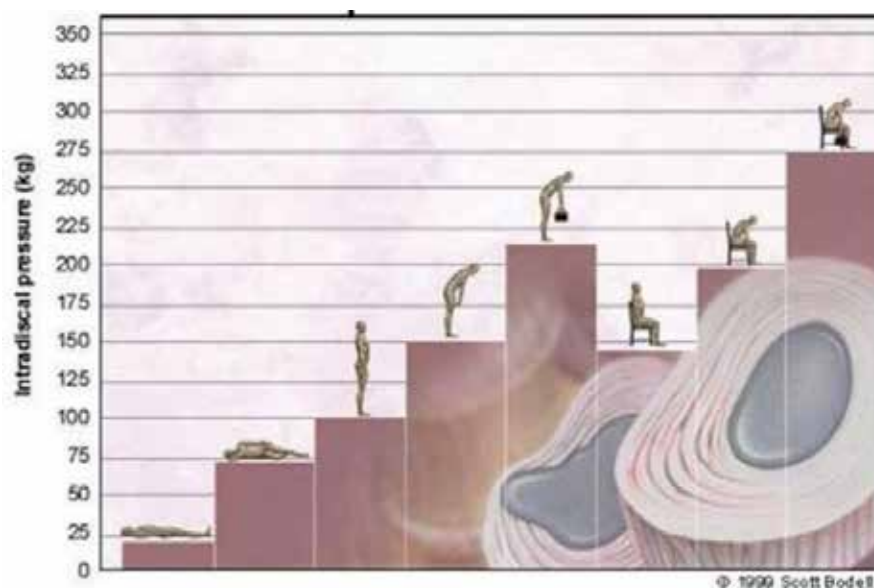
estabilización local de la columna, disminuyen de tamaño y se inhiben. En clínica aparecerán cambios de rango y velocidad.

6. El dolor lumbar se asocia también a una pérdida de la organización cortical de los impulsos a los músculos de la espalda. El aumento en la representación cortical del control motor muscular, favorece la pérdida de activación diferencial de la musculatura de esta región, haciendo que estas personas necesiten más ajustes posturales, lo que provoca un desequilibrio que finalmente derivará en una discopatía.

7. Estar sometido a exposición repetida y constante a golpes o vibraciones mecánicas por el trabajo.

8. Mantener una determinada postura durante largos periodos de tiempo puede dañar el disco. La contracción mantenida de la musculatura espinal, puede reducir la nutrición del disco por el aumento de la presión que sufre debido a la compresión a la que está sometido por los músculos. Esta presión puede incrementarse en un 40% durante la bipedestación mantenida y hasta en un 200% cuando se está sentado e inclinado hacia adelante 40°, por lo que las posiciones mantenidas durante un tiempo prolongado facilitan la aparición de lesiones discales. Las rotaciones también aumentan la presión. La presión disminuye durante el sueño. Durante el día se puede perder hasta un 25% de líquido, recuperándose por la noche. Esto explica que los síntomas relacionados con el disco, desaparecen con el descanso (tumbados) y que haya rigidez matutina relacionada con la hidrodinámica.

Si la carga sobre el DIV aumenta, éste se ve alterado por un aumento entre el impacto del efecto combinado del peso del cuerpo y la tensión muscular, por lo que se expulsa líquido hasta alcanzar el equilibrio. Este hecho supone un



aumento en la concentración de PG, lo que aumenta la presión osmótica, aunque a su vez la tensión de la red de colágeno disminuye. Si la carga se mantiene en el tiempo, el líquido seguirá expulsándose hasta que la presión de expansión aumente hasta igualarse con la presión aplicada. Y al contrario, cuando la carga disminuye, el DIV se expande. Como la red de colágeno es más débil en el núcleo, este fenómeno tiene más efecto sobre él, lo que explica sus lesiones. La concentración de PG es la que determina la porosidad estructural de la matriz, un cambio en el contenido de agua del disco modifica esta concentración y por lo tanto su porosidad. Así que, si el tejido aumenta, la concentración de PG es menor, aumentando la permeabilidad y viceversa.

9. Vascularización: En los discos jóvenes existen vasos sanguíneos en el anillo fibroso y grandes canales vasculares en el seno del cartilago del platillo vertebral que van desapareciendo durante el crecimiento. En el adulto sano, el DIV dispone de una escasa vascularización e inervación, que pierde paulatinamente hasta el punto de convertirse en la mayor estructura avascular del cuerpo, por tanto no hay suministro sanguíneo al interior del disco. Consigue los nutrientes necesarios por difusión a través de la matriz, gracias a los vasos sanguíneos que se encuentran en contacto con la periferia del

anillo fibroso y el platillo vertebral, fenómeno que se conoce como imbibición. Con el movimiento favorecemos la osmosis-difusión y mejora la nutrición del disco. Existen dos mecanismos por los que la carga puede alterar la altura del disco intervertebral (DIV) y por ende, su nutrición.

-El primero consiste en que debido a su carácter viscoelástico, el disco posee la capacidad de no deformarse al someterlo a una determinada carga si no sobrepasa sus límites biológicos, pero si ésta se mantiene en el tiempo, el DIV pierde altura paulatinamente, fenómeno que se denomina "fluencia lenta" debido a la pérdida de líquidos, lo que a su vez depende de la estructura e integridad de la red de colágeno. expansión del DIV por la baja carga exterior.

-El segundo mecanismo es el fenómeno llamado histéresis, que consiste en una pérdida de energía de deformación al aumentar la carga en momentos puntuales, o sea al verse sometido el disco a ciclos secuenciales de carga-descarga. Debido a esto, el DIV se deforma por la reestructuración de la red de colágeno, esta deformación varía en relación al nivel vertebral, siendo más importante en los niveles inferiores, por lo que también serán los más propensos a sufrir lesiones.

Con los fenómenos degenerativos



y discopatías, la vascularización del anillo puede aumentar, ya que se ponen en marcha los mecanismos de cicatrización. Ahora se sabe que más que la propia degeneración, lo que parece que influye realmente en esta aparición de nuevos vasos es la presencia de lesiones discales, sobre todo en aquellas donde existen cicatrices, fisuras o incluso grandes extrusiones de material discal.

Además, cuanto más joven es la persona que padece la lesión, estos vasos entran más profundamente al interior del disco, quedando hacia la periferia en personas de edad avanzada.

10. Tabaco: Los receptores muscarínicos encontrados en los platillos podrían bloquearse por la nicotina y este factor parece aumentar la probabilidad de sufrir lesiones en esta zona, ya que se encuentra una mayor prevalencia e incidencia de dolor lumbar en fumadores que en no fumadores, siendo esta relación más acusada en adolescentes.

11. Inervación: La inervación del DIV se origina en el nervio sinusvertebral y en el tronco nervioso simpático paravertebral y es tanto autonómica como sensitiva. Forman una red que sube y baja, bilateral y multisegmental. La inervación autonómica suele tener la misma distribución de los vasos sanguíneos del disco, al parecer para la regulación vasculonerviosa. Es habitual que en clínica nos encontremos cierta náusea, malestar general o la zona sudorosa, debido a la inervación autonómica. La inervación sensitiva está implicada tanto en la nocicepción como en la propiocepción, y se ha demostrado que existen mecanorreceptores en las dos o tres capas más externas del disco y en los ligamentos longitudinales. Los mecanorreceptores del disco pueden tener una gran influencia en la actividad muscular, ya que la estimulación eléctrica de los nervios del DIV desencadena una activación de los músculos multifido lumbar y longísimo. Además, se ha observado que en los DIV degenerados de pacientes con

dolor lumbar, la inervación es más extensa y entra más centralmente que en los discos, con un aumento tanto del número como del tamaño de las fibras nerviosas. Los nervios periféricos del anillo pueden estar sensibilizados por cambios de tipo inflamatorio que provienen de la circulación o del núcleo pulposo desplazado.

12. La desaparición o regresión espontánea de hernias discales sin que se realice un tratamiento quirúrgico: El mecanismo por el cual se produce sigue aún en discusión. Las teorías que se barajan van desde la retracción mecánica, la deshidratación gradual y contracción discal, hasta la degradación enzimática del material extruido.

Que nos llevamos a la clínica

A nivel tisular, los fisioterapeutas podemos promover la curación de la periferia del disco, estimulando las células, aumentando el transporte de metabolitos, previniendo adhesiones y recaídas. Este acercamiento, tiene el potencial de acelerar el alivio del dolor en la periferia del disco, aunque no llegue a revertir los cambios degenerativos del núcleo del disco.

Podríamos elegir varias técnicas e ideas para llevarnos a la clínica, esta vez elegimos llevarnos algo de terapia manual, algo de ejercicio y algo de educación, de la mano de la Osteopatía, de Mckenzie y de Peter O'Sullivan.



A) OSTEOPATÍA

Hay maniobras, que principalmente derivan de la osteopatía, para la corrección directa discal. Se necesita la aportación de estudios y trabajos de calidad para recomendarlas por la falta de evidencia (como les pasa a muchas otras técnicas de terapia manual). Tenemos la técnica indirecta en lumbar-roll y la de flexión distracción. Ambas técnicas presentan varios problemas. En primer lugar, son técnicas indirectas, que inciden sobre facetas articulares, ligamentos y músculos como el multifido, lo que supone que es posible que se provoquen efectos en el disco, aunque no haya evidencia de este hecho. Después, se conoce sobradamente los problemas que genera sobre el disco la rotación vertebral: la excesiva rotación del tronco en la colocación del paciente para la ejecución de estas maniobras, aumentan la presión discal pudiendo empeorar la lesión. También durante las posiciones de flexión y lateroflexión, hay un aumento de esta presión intradiscal. Otro problema que aparece es el de la tracción vertebral que se realiza en la técnica de flexión-distracción, según la American Physical Therapy Association, las pruebas que existen sobre la eficacia de dicha técnica son contradictorias, por lo que no puede aconsejarse su utilización (nivel de evidencia D, conflicting evidence).

Por otro lado, existe una técnica, la denominada maniobra de "absorción", que se está utilizando para la corrección discal, cuando aparece una hernia o protrusión lateralizada. En primer lugar por la posición en la que se realiza dicha maniobra, al ser en extensión tanto de la pelvis como de la columna lumbar del paciente, consigue que la hernia o protrusión encuentre una limitación en su desplazamiento hacia la zona posterior, de lo contrario se puede agravar la lesión. Esto a su vez, hace que la tensioidad del segmento lumbar presente una rigidez absoluta debido a los elementos óseos, lo que facilita que al realizar la maniobra, sólo se actúe sobre los elementos flexibles, o sea, sobre el disco directamente. Esto permite que no haya una carga aplicada sobre el anillo fibroso pudiendo generar futuras secuelas, haciéndola más segura para aquellas personas que puedan

beneficiarse de este tratamiento. Esta maniobra supuestamente restablecerá la “compliance” (la aptitud de una cavidad u órgano de cambiar de volumen bajo la influencia de una variación de presión y recuperar su forma inicial) , y además gracias al estímulo sobre el sistema nervioso autónomo (SNA) podría estimular los procesos de regeneración.

Investigaciones recientes, muestran que un enfoque multimodal combinando manipulaciones, fortalecimiento isométrico, reeducación neuromuscular y descompresión lumbar disminuyen significativamente el dolor en la lumbalgia aguda y subaguda.

B) McKENZIE

El derangement se define como “La alteración de las superficies articulares en una posición de reposo”. Su síntomas son: Dolor local, referido o radicular. Central, simétrico, unilateral o asimétrico. Constante o intermitente. Puede haber signos y/o síntomas neurológicos. Puede haber centralización.

Mecanicamente, hay una obstrucción al movimiento, es decir el paciente no tiene su movilidad normal en una o más direcciones de movimiento. La obstrucción al movimiento significa que el movimiento está, pero el paciente no puede llegar a él, porque algo lo impide, lo “obstruye”, pero tal como se mueve en la dirección correcta esto cambia.

Lo más característico es que el síndrome de derangement es variable por naturaleza. La presentación puede ser fija o cambiar pero cuando lo exploramos, podemos influir en la sintomatología y la mecánica.

Cuando tras nuestra historia y exploración, llegamos a la conclusión de que es un síndrome de derangement, el tratamiento se basa en la utilización de los movimientos repetidos y tiene cuatro fases.

1- La reducción del derangement: Esta fase no está marcada por la recolocación del material discal, ni por la cicatrización del disco, sino por la eliminación de los síntomas

y la recuperación completa e indolora de la movilidad (síntomas y mecánica otra vez). No existe una explicación patoanatómica de lo que ocurre, ni sabemos los efectos que llevan a ello, pero de nuevo es el uso de inputs mecánicos, puesto que la reducción se consigue con el uso de movimientos repetidos y/o posiciones estáticas y la corrección de la postura si está indicado.

2- Mantenimiento de la reducción: Es mantener lo que el paciente consigue de mejoría. Para ello, de nuevo lo ejercicios, la postura y evitar los agravantes son la clave.

3- Recuperación de la función: Una vez se ha reducido el derangement, hay que comprobar si el resto de movimientos diferentes al usado en la reducción son completos e indoloros, así como comprobar si la reducción del derangement es estable o no. Así pues si algún movimiento no está completo, se trabaja en la recuperación del mismo. El más habitual es el trabajo de la flexión, tras un derangement reducido con extensión.

4- Profilaxis: Una vez todo el proceso está completado, al paciente se le recomienda que permanezca activo, por ser una de las mejores herramientas para evitar recidivas, así como que de vez en cuando siga haciendo los ejercicios para asegurarse de que los movimientos son completos e indoloros. Así como que ante la mínima aparición de síntomas, retome los ejercicios.

El método McKenzie se encasilla en ejercicios de extensión y en meter el disco en su sitio, pero hay pacientes que responden a la flexión y parece ser que es más tema de inputs mecánicos que de “meter el disco en su sitio” (falta investigación en cuanto a mecanismos patoanatómicos).

Encontrar el ejercicio adecuado, en la persona adecuada, en el rango adecuado en el momento adecuado y con la fuerza adecuada, es lo más complicado: Adecuar el movimiento al paciente y no al revés. Hay gente que centraliza

en una sesión, y hay quien tarda meses. O gente que periferaliza y en la evaluación continuada centraliza. Porque como hemos dicho el derangement es variable, pero solo si aplicamos la metodología de forma sistemática y siguiendo los procedimientos correctos, conseguiremos identificar al que responde del que no.

(Para el que quiera profundizar, adjunto en “ampliación información” el debate Gifford vs Instituto McKenzie. Este párrafo McKenzie, está cogido de <https://vicentelloret.fisioterapiasinred.com/sindrome-de-derangement-desplazando-discos-o-k-ase/> y está escrito por Pepe Guillart)

C) PETER O'SULLIVAN

Por último, nos llevamos a Peter O'Sullivan, y adjuntamos tres videos de este fisioterapeuta (1) -nos habla de la terapia cognitivo funcional, que trata sobre educar al paciente hacia el movimiento y la pérdida de miedo, cambiar el comportamiento ante el dolor, implica cambiar las creencias hacia el mismo-, (2) -nos habla de los subgrupos a la hora de enfrentarnos al dolor lumbar (Peter O'Sullivan's Low back pain classification system). Para hacer los subgrupos ha tenido en cuenta la complejidad del dolor lumbar, y nos habla de un porcentaje de 10-15% de factores anatómicos, patrones de movimiento, hábitos de vida, stress, cómo dormimos, actividad física vs sedentarismo, factores psicosociales, catastrofismo, miedo, hipervigilancia, ansiedad, depresión, dolor de tipo mecánico o por sensibilización central. Nos hace reflexionar sobre la pertinencia o no del “trabajo del core”, el cual considera equivocado, aunque admite que él también lo estuvo trabajando durante años- (3) -En este último vídeo, nos habla de las diferencias entre la terapia cognitivo funcional y el trabajo del core, y nos desmonta el concepto “core”, hablándonos de un sistema de movimiento 3D. Nuestra columna está diseñada para moverse, no para estar quieta. El problema con muchos ejercicios de core, es que no requieren ningún movimiento.

Durante el año 2016, tuvo que hacer la siguiente aclaración por twitter: He

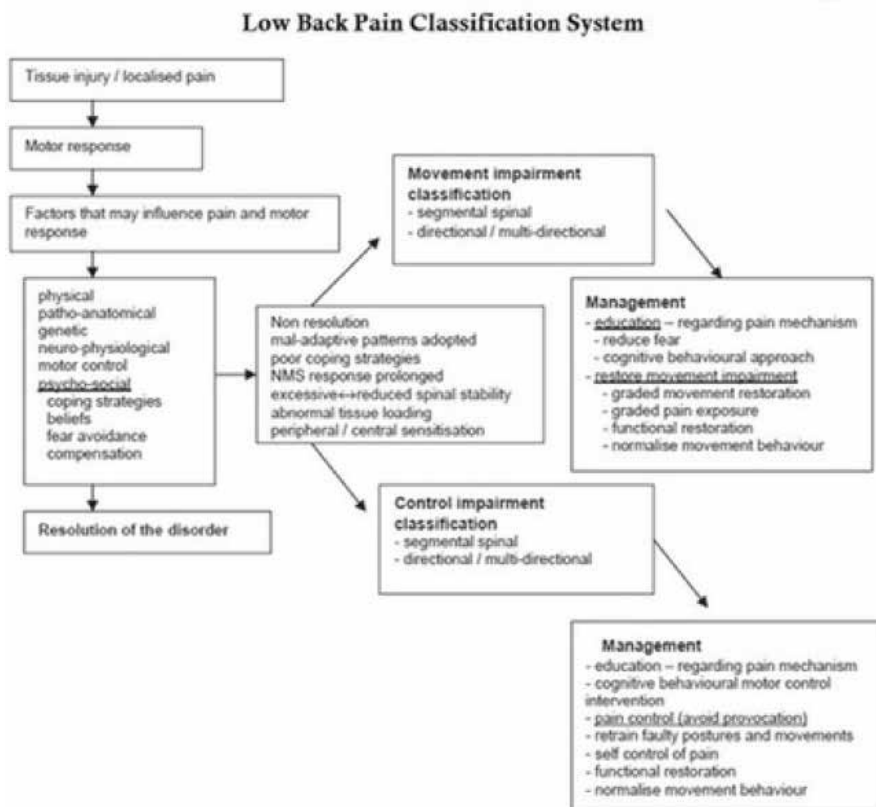


oído rumores de que soy partidario del “hands off”. El contacto humano, “hands on” es una poderosa herramienta, ya que puede transmitir confianza, cuidado, empatía, amabilidad, seguridad. Puede dar el feedback de cómo están los tejidos, la tensión muscular y ayuda a moverse con confianza y bajar el miedo y la hipervigilancia hacia el movimiento. Facilita la relajación del cuerpo. En algunos casos, incluso baja la sensación dolorosa facilitando el cambio de comportamiento. Para lo que no uso el “hands on” es para decir a mis pacientes que estaban “descolocados” y los “coloco en su sitio”, ni para fomentar su dependencia de terapias pasivas. Creo que necesitamos empoderar a los pacientes para que sientan seguridad y confianza en sus cuerpos y controlar su propia salud. Así que vamos a cambiar cómo entendemos el concepto “hands on”.

Ampliación de información y fuentes de este texto

1. <https://hacia-una-fisioterapia-basada-en-la-evidencia.webnode.es>
2. *Healing of a painful intervertebral disc should not be confused with reversing disc degeneration: implications for physical therapies for discogenic back pain.* Adams MA. 2010.

Juan M^a Morales Aizpun
Colegiada 562 COFPV



3. *Degeneration and regeneration of the intervertebral disc: lessons from development.* Lachlan J. Smith 2010
4. *The mature organism model.* Louis Gifford
5. <https://queaprendemoshooy.com/hernias-de-disco-la-danza-viva/>
6. [https://giffordsachesandpains.com/download-material/the-full-](https://giffordsachesandpains.com/download-material/the-full-mckenzie-debate/)

mckenzie-debate/

7. O'Sullivan, Peter. *Diagnosis and classification of low back disorders: Mal-adaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism.* April, 2005.
8. <https://vicentelloret.fisioterapiasinred.com/sindrome-de-derangement-desplazando-discos-o-k-ase/>

Goretti Aranburu Guenaga
Colegiada 15 COFPV

Elkarberri hiruhileko aldizkarian artikulua edo iritziak argitaratzea erabat doakoa da Euskadiko elkargokide guztientzat.

Artikulu bat argitaratu ahal izateko, nahikoa aurrerapenaz bidali behar zaio Komunikazio, Publizitate eta Protokolo Batzordeari, eta honek, Gobernu Batzordearen oniritzia jasotakoan, tarteren bat dagoen aldizkariaren hurrengo alean txertatuko du. Argitaratu ondoren, itzulpenarekin batera esekiko da Elkargoaren webgunean (www.cofpv.org).

La publicación de artículos o de opiniones en la revista trimestral Elkarberri es un servicio totalmente gratuito para todos/as los/as colegiados/as del País Vasco.

Para poder publicar un artículo es necesario que sea remitido con suficiente antelación a la Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo, la cuál una vez obtenido el visto bueno de la Junta de Gobierno, lo incluirá en la siguiente revista disponible. Una vez editado, se publicará con la traducción correspondiente en la web colegial (www.cofpv.org).

Código Penal y Libertad Sexual: Notas Basicas

Desde la A.J. del COFPV os trasladamos un breve análisis de Código Penal vigente (Ley Orgánica 10/95) en materia de libertad e indemnidad sexual (Título VIII, Libro II De los delitos y sus penas) señalando que los artículos examinados, en su gran mayoría, son fruto de la reforma del texto legal realizada en el año 2010.

Este comentario jurídico deja al margen –conscientemente– cuestiones propias del derecho penal como son la carga de la prueba, la presunción de inocencia y/o el principio “in dubio pro reo” y se centra, únicamente, en las simples descripciones penales (lo que técnicamente sería el tipo penal) y sus respectivas penas privativas de libertad.

¿Qué diferencias hay entre abuso sexual, agresión sexual y violación?

El abuso, la agresión y la violación comparten una premisa: el atentado contra “la libertad sexual” de una persona.

A.- Violación o agresión sexual

El delito de agresión sexual está contemplado en el art. 178 del Código Penal, como un atentado contra la libertad sexual de otras personas.

En el art. 179 del CP se recoge la violación que es el grado máximo de intensidad del ataque a la libertad sexual. Violación es la ejecución del acto sexual, a través de la intimidación y a la fuerza, en contra de la voluntad de la víctima. La violación implica penetración vaginal, bucal o anal. La penetración no tiene porqué ser con miembros genitales, puede ser con otros miembros del cuerpo o también con objetos. Este delito se lleva a cabo a través de la violencia donde hay

contacto físico, por lo que hablamos de agresión. El agresor o agresora utiliza este comportamiento para satisfacer su apetito sexual o para demostrar que es capaz de dominar a la víctima (hombre o mujer).

Castigo impuesto por el delito de agresión sexual

Los delitos de agresión sexual están, obviamente, más penados que los delitos de abuso. Así, la pena de cárcel puede oscilar entre 6 y 12 años. Ésta puede verse incrementada si se dan determinadas circunstancias consideradas como agravantes pudiendo alcanzar los 15 años (art. 180 CP). Entre ellas -circunstancia agravantes- se enmarca la número 3.ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación.

B.- Abuso sexual

El abuso sexual –art. 181 CP– hace descripción a los actos llevados por una sola persona o varias, donde la víctima no está del todo limitada, aunque sí en situación de desventaja. En este tipo de delito no se utiliza la violencia física, aunque el agresor/a puede utilizar el engaño, la manipulación, la coacción y coger a la víctima por sorpresa.

A modo de ejemplo indicar que se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

Castigo impuesto por abuso sexual

La pena de cárcel en los casos de abusos sexuales oscila entre los 4 y 10 años. Las condenas pueden agravarse dependiendo de las circunstancias, de la edad de las víctimas o discapacidad de las víctimas.

¿Hay figuras penales profesionalmente más relevantes por la naturaleza del trabajo desarrollado en FISIOTERAPIA?

En FISIOTERAPIA, sin perjuicio de lo anterior, es relevante el art. 183 CP que versa de los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años y que, básicamente, señala que quien (hombre o mujer) realizare actos de carácter sexual con un/a menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un/a menor con la pena de prisión de 2 a 6 años, salvo que haya habido acceso carnal en cuyo caso la pena de prisión asciende a un rango de 8 a 15 años y los arts. 187 a 190 CP que trata sobre los delitos relativos a la prostitución y a la explotación sexual y corrupción de menores. Además, existirían otros tipos penales próximos como el acoso sexual, el exhibicionismo, la provocación sexual, etc. que se examinarán en otro momento.

En la esperanza de que estas líneas hayan clarificado conceptos que pudieran estar confusos nos despedimos desde la AJ COFPV señalando que, a nuestro humilde entender, es una obligación profesional ineludible de los y las fisioterapeutas manejar estos términos.

**Asesoría Jurídica
del COFPV**



El objetivo del servicio de Asesoría Jurídica es prestar asesoramiento jurídico tanto al colegiado/a como a la Junta de Gobierno en todo lo relacionado directa o indirectamente con el ejercicio profesional de la Fisioterapia.

El asesoramiento abarca las siguientes áreas del Derecho: civil, penal, sanitario, sancionador, administrativo, laboral, fiscal, financiero, inmobiliario, comunitario, societario y mercantil. Cabe destacar que las consultas más comunes realizadas entre nuestros/as colegiados/as son: Traspasos y puesta en marcha de centros de fisioterapia, Docencia, Convenios, RETA, Seguro de Responsabilidad Civil, LOPD, IRPF, Trabajo en el extranjero, Osakidetza, Ley medios de pago, Tarifas, Seguro Accidentes, Convenio Colectivo, Traslados a otros Colegios.

Este servicio es gratuito para los/as colegiados/as, e incluye únicamente el asesoramiento; no se incluye, por tanto, la elaboración de documentos, ni la personación del asesor ante los tribunales, organismos, inspecciones, etc., que en el caso de utilizarse serían facturados por el asesor jurídico en la cuantía que hubiese acordado particularmente con el o la colegiada.

Para utilizar este servicio de asesoría es necesario concertar previamente la consulta mediante llamada telefónica a la Secretaría del colegio, mediante fax o por correo electrónico.

El horario de Asesoría Jurídica es:
Lunes: 17,00 a 21,00 horas
Martes: 15,30 a 19,30 horas
Viernes: 9,30 a 14,00 horas



**Letrado: D. Severino
Setién Álvarez**
Tel.: 94 402 01 55
e-mail:
setien@cofpv.org

administración informa

administrazioak jakinarazten du

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

- El COFPV cerrará los días 12 de octubre, 1 de noviembre y 6 y 25 de diciembre del 2018 por ser festivos.
- Si has cambiado recientemente, e-mail, teléfono o algún otro dato de contacto puedes comunicarlo llamando al teléfono 944020155 o escribiendo al e-mail cofpv@cofpv.org para que actualicemos tu ficha.
- Recuerda que el Colegio mantiene una Bolsa de empleo a la que pueden apuntarse todos/as los/as colegiados/as interesados/as, y que se facilita a quienes necesiten cubrir una vacante de Fisioterapeuta.
- Para los/as colegiados/as que tenéis Centro de Fisioterapia, os recordamos que podéis solicitar la Placa que acredita que el centro está reconocido por el COFPV y también podéis descargaros de nuestra página Web la Autorización para así poder publicar los datos de vuestro centro. Esta ficha tenéis que enviárnosla rellena, firmada y sellada, por correo ordinario (junto con fotocopia de la autorización de la Dirección Territorial de Sanidad competente).
- Ya están disponibles en la intranet colegial los documentos para solicitar la reducción de cuota colegial ordinaria por jubilación parcial así como la devolución de la cuota por desempleo.

Elkargokide hori:

Administraziotik haxe gogorarazi nahi dizugu:

- EFEOa 2018ko urriaren 12an, azaroaren 1ean eta abenduaren 6 eta 25ean itxita egongo da, jai egunak direlako.
- Posta elektronikoa, telefonoa edo bestelako kontaktu-daturen bat berriki aldatu baduzu 944020155 telefonora deituz edo cofpv@cofpv.org helbidera idatziz jakinarazi dezakezu zure fitxa eguneratu dezagun.
- Gogoratu Elkargoak lan poltsa bat mantentzen duela, interesa duen elkargokide orok eman dezake izena, eta Fisioterapeuta lanpostu bat betetzeko beharra duenei ematen zaie.
- Fisioterapia zentroa daukazuen elkargokideoi gogorazten dizuegu, zentroa EFEOak onartua daukala ziurtatzen duen Plaka eska dezakezuela; halaber, baimena ere deskarga dezakezue gure Webgunean, honela, zure zentroko datuak zabaldu ahal izateko. Fitxa hau beteta, sinatuta eta zigilatuta igorri behar diguzue, posta arruntaz, (dagokion Osasun Sailaren Lurralde Ordezkaritzak emandako baimenaren fotokopiarekin batera).
- Elkargoko intraneten eskuragai daukazue elkargoaren ohiko kuota murrizteko eskaera erretiro partziala hartzeagatik eta langabezian egoteagatik baita ere.

EFEOeko Administrazioa

Administración del COFPV





tablón de anuncios

iragarki-taula

Se vende:

1. Camilla plegable de dos cuerpos, con orificio facial, de aluminio, regulable en altura y azul, marca Ecopostural con funda de transporte. Prácticamente nueva.

Precio 200€

2. Silla de terapias, regulable en altura, marrón, marca Ecopostural en perfecto estado.

Precio 200€.

Interesados llamar al 946 390 877

Alquiler de gabinete para fisioterapia.

Se alquila gabinete con camilla para fisioterapeuta en edificio centrico y singular de Bilbao

tel.: 636 937 834 - 944 79 03 66

Se traspasa consulta de fisioterapia con dos salas de trabajo en Idiazabal por no poder atenderla.

En funcionamiento desde el 2008.

Interesados contactar en xuhaifisioterapia@gmail.com

Se alquila despacho en el centro de Bilbao a un fisioterapeuta 2 días a la semana (o dos días y medio).

El despacho es muy amplio, está a pie de calle y está completamente equipado.

Interesad@s enviar CV a info@grupobiomek.com, poniendo en el asunto "oferta Bilbao fisioterapia"

Se alquila consulta de fisioterapia totalmente equipada y con cartera de clientes en el centro medico urola de Azpeitia (Guipuzcoa)

Contacto: Manu Olalde / Tfno: 639.04.09.08

/ manuelolalde@hotmail.com

Por cierre de centro médico, urge vender lote equipamiento de fisioterapia en Vitoria-Gasteiz. Precio de ocasión.

Se regala diverso material fungible.

Ver lote en web colegial

Interesados ponerse en contacto con: Isidora

González - Tfno: 685 717 538



Formación Profesional especializada para

MÁSTER UNIVERSITARIO EN AVANCES EN NEURORREHABILITACIÓN DE LAS FUNCIONES COMUNICATIVAS Y MOTORAS

(Título Oficial) 4ª Edición

Modalidad: semipresencial

10 seminarios de diciembre 2018 a junio de 2019

MÁSTER EN FISIOTERAPIA DEL DEPORTE Y RECUPERACIÓN A LA ACTIVIDAD FÍSICA

Máster Propio otorgado por

la Universidad de Cantabria 7ª Edición

- ARASAAC: Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Software, Herramientas y Elaboración de Materiales
- Gimnasia Abdominohipopresiva. Nivel 1
- Gimnasia Abdominohipopresiva. Nivel 2
- Valoración de la Marcha y Estrategias Terapéuticas en Pediatría
- Análisis y Facilitación del Movimiento
- Terapia Acuática: "Aprendiendo " a través del juego acuático terapéutico"

- Bases de la Alimentación, Nutrición Humana y Dietética: Aplicación en Fisioterapia
- Principios de Exploración, Tratamiento y Manejo de los Trastornos Neuromúsculo-Esqueléticos (Curso de Especialización)
- Ecografía Práctica
- Evolución y Tratamiento de la Disfunción Craneomandibular y Craneofacial (CRAFTA®)
- Curso Básico de Basale Stimulation®
- Ejercicio Terapéutico. Actualización de Conceptos. Valoración y Preinscripción de Programas de Ejercicio Físico en Personas con Patología Crónica no Transmisible
- Fisioterapia en Disfunciones Digestivas y Coloproctología
- DIR® 101 Curso Introductorio Modelo DIR®
- Nutrición y Dietética Aplicada, Soporte Vital para el Rendimiento Deportivo
- Abordaje Integral de las Tendinopatías



ESCUELAS UNIVERSITARIAS
GIMBERNAT-CANTABRIA

www.eug.es

#masqueunaescuela

[f](https://www.facebook.com/EUGimbernata) [y](https://www.youtube.com/channel/UCGimbernata) [@EUGimbernata](https://twitter.com/EUGimbernata)

C/ Aurelio García Cantalapiedra, s/n
39316 Tanos - Torrelavega (Cantabria)
Telf. 942 801 650 - 942 801 648
fisio.tor@eug.es

ofertas de empleo

lan eskaintzak

álava araba

Se necesita fisioterapeuta para cubrir un puesto en la Federación alavesa de ciclismo. Imprescindible ganas de trabajar.

Contacto: esther_gar16@hotmail.com

Primer centro privado especializado en Fisioterapia Neurológica de Vitoria necesita incorporar fisioterapeuta a su equipo de neurología. Si te gusta la neuro, esta es tu oportunidad de formarte y crecer como profesional. Se valorarán conocimientos en Concepto Bobath tanto adulto como niños, Hidroterapia, Punción Seca. Si estas interesada/o envía tu cv a june@fisun.es

Se necesita fisioterapeuta residente en Vitoria para cubrir el área de traumatología en un centro privado. Se valorarán conocimientos en osteopatía, terapia manual, punción seca y pilates. Mandar currículum a gestion@neufisfisioterapia.com

Centro privado de Fisioterapia en Vitoria precisa incorporación de fisioterapeuta experto/a en el tratamiento de paciente neurológico adulto. Se valorará formación en Concepto Bobath, Hidroterapia, Punción Seca. Interesados/as enviar CV a june@fisun.es

Se precisa FISIOTERAPUETA para Centro en Vitoria. Se valorará experiencia y formación en Pilates y Gimnasia Abdominal Hipopresiva. Buena oportunidad de integración en el equipo profesional multidisciplinar que formamos. Contacto akari@akaribienestar.com

guipúzcoa gipuzkoa

Buscamos Fisioterapeuta para trabajar una clínica en el Centro de Donostia. Se valorarán conocimientos de Osteopatía, Pilates. Enviar CV al correo electrónico hola@centrofisia.es

Necesitamos un Fisioterapeuta para los partidos, se juegan en sábado y los de fuera siempre en Euskadi También para la atención entre semana Interesados llamar al 688657397, preguntar por Javier

Se necesita fisioterapeuta para consulta privada en centro medico de Andoain. El contrato será de tipo autónomo o jornada parcial. Flexibilidad horaria. A valorar dominio euskera y residencia en Andoain o alrededores. Envio CV a josebamaiza@gmail.com

Necesito un fisioterapeuta autónomo para realizar una actividad IN-PLANT en una empresa en Donosti, en el centro, en el mes de Noviembre, en horario de 10:00 a 11:30. Hombre o mujer, es indiferente. Serían varios días a concretar a lo largo del mes. Contacto ergobi@ergobi.es o 607 473 639.

Se precisa fisioterapeuta a jornada completa en centro de fisioterapia en Guipúzcoa. Se valorarán conocimientos en osteopatía. Interesados contactad en: fsioscurriculum@gmail.com



vizcaya bizkaia

Se necesita fisioterapeuta para incorporación inmediata en centro situado en Playa Arrigunaga. Contrato laboral, jornada completa.

Interesados mandad curriculum al email: rehabilitacionarrigunaga@gmail.com

Se ofrece puesto de trabajo para gabinete de fisioterapia en nuestra escuela de Getxo. Contrato de trabajo y Horario de tarde de lunes a viernes de 4 h30 a 20 h30.

Interesad@s enviar curriculum vitae Direccion@tatami4all.com

En Servicentric, S.L. (Centric Formación, Erandio) buscamos a un/a docente para la impartición de técnicas de movilización con personas dependientes, en horario de mañana.

Los requisitos imprescindibles son los siguientes:

- Disponibilidad en horario de mañana

- 1 año de experiencia laboral como fisioterapeuta

- Acreditación de competencia docente demostrable al estar en posesión del Certificado de Profesionalidad Docencia para la Formación Profesional para el Empleo o formación equivalente en Metodología Didáctica de formación profesional para adultos o acreditar una Experiencia Docente contrastada de al menos 600 horas en los últimos siete años en formación profesional para el empleo o del sistema educativo.

La persona interesada deberá ponerse en contacto enviando su CV a través de este email: m.ortega@centricformación.com

Necesitamos incorporar a nuestro equipo de especialistas un@ fisioterapeuta con conocimientos de osteopatía para cubrir puesto de larga duracion. Las condiciones laborales serian a convenir.

Contacto: luismi@hobetu.es

Centro de fisioterapia de Gernika busca fisioterapeuta. Contrato de larga duración.

Contacto: terapia18@yahoo.com

Se busca fisioterapeuta para cubrir media jornada, en un Centro de Fisioterapia en la localidad de Gernika. Se valorara experiencia laboral en clinica privada.

Interesados enviar curriculum a fisiozenkbz@euskalnet.net

Se necesita fisioterapeuta para trabajar en clinica media jornada.

Contactar con Maria Luisa. telefono: 94 441 14 14

Centro de Fisioterapia en Bilbao busca fisioterapeutas formados en Reeduación Postural Global , Osteopatía, Terapia Manual Ortopédica y/o pediatría. Imprescindible experiencia previa en puesto similar.

Enviar CV a info@orekatikfisioterapiabilbao.es

Se necesita instructor de pilates e hipopresivos para grupos reducidos

Contacto: ompilates56@gmail.com

Se busca Fisioterapeuta con conocimientos de Fisioterapia Invasiva ;punción seca y electrolisis percutanea (epi, epte, fisioinvasiva) imprescindible conocimiento en ecografía. Se ofrece trabajo a tiempo parcial: 1 día completo o 2 tardes inicialmente en clínica con servicio de consulta de traumatología, ecografía, fisioterapia y osteopatía.

Mas información contactar vía formulario web en eliasctm.com

Se necesita fisioterapeuta para turno de tarde.

Se valoran conocimientos de terapia manual, clases de pilates e hipopresivos.

Contacto: koenasalud@gmail.com

Se busca Fisioterapeuta para sustitución del 10 al 22 de Diciembre en Centro de Fisioterapia en Zalla.

Se valorará conocimiento en Osteopatía.

Interesados enviar CV a fioss@hotmail.es

Se necesita fisioterapeuta autonom@ para turno de mañana, de 9 a 15h.

Interesad@s enviar curriculum a rehabilitacionareeta@hotmail.com

Empresa de la margen izquierda precisa fisioterapéuta especializado en traumatología y deporte.

Se valora conocimientos de punción seca o control motor.

El servicio se desarrolla de lunes a viernes en jornadas de mañana y/o tarde.

La incorporación es inmediata y la vacante es de duración indeterminada.

Condiciones a convenir (régimen de autónomo o alta en SS).

Contacto: comunicacion@zuoksport.com

nuevos colegiados

elkargokide berriak

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco desea dar la bienvenida a los/as nuevos/as colegiados/as.
¡Bienvenidos!

Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo
Ofizialak ongietorria eman nahi
die elkargokide berriei
Ongi etorri!

araba

3240 Angel Cendoya Aisa
3245 Asier Alberdi Mugica
3249 Arguiñe Montero Blasco
3256 Ainara Lopetegui Fernandez
3258 Idoia Angulo Alcalde
3264 Mikel Manuel Revenga
3269 Mikel Nahia
Martioda Lizarralde
3273 Kelly Marie Suzu Mayah
3274 Ana Gómez de Segura
EliceGUI
3275 Ainhoa Beltrán de Guevara
González de Matauco
3281 Shirley Arias Valderrama
3283 Itziar Castaño Barrenetxea
3292 Irantzu Knörr Lozano
3298 Aroha Rubio De Álava
3310 Asier Rueda Gutierrez
3311 Diego Cubino García

bizkaia

3239 Javier Lázaro Arroyo
3242 Laura Arnaiz Martín
3243 Maitane Landa Quintana
3244 Asier Ballastra Amores
3252 Asier García Álvarez
3253 Urko Ipiña García
3254 Ane Martín Llorente
3257 Ainhoa Abrisketa Ullibarri
3259 Juan Agustín Azkuenaga
Sanchez

3260 Azkune López Urzainqui
3261 Lara Muñoz García
3262 David Salinas Almajano
3271 Yaiza Barinagarrementeria
Esturo
3276 Andrea Franceschelli
3282 Ainhoa Maguregui López
3287 Irati Larrazabal Calzada
3289 Javier Aldecoa Alvarez
3290 Mikel Rueda Etxebarria
3296 Jon Novo Portilla
3297 Maider Frances Parrado
3299 Ibone Ortiz Vallejo
3301 Ander Aranzabal Laucirica
3302 Aitor Santi Franco Arizaga
3303 Amara Rosalia Palacio
Sainz de Rozas
3304 Madalen Uribe Bazaco
3305 Estibaliz Minayo Cantera
3308 Eva Song Xu
3309 Kerman Yurrebaso Ruiz
3313 David Gómez Ladrón
de Guevara
3314 Paulina Bieniek
3315 Iziar Lejarcegui Urriolabeitia

gipuzkoa

3270 Ane May Sagawa Elizalde
3238 Ane Iztueta Olano
3241 Amaia Letamendi Lizaur
3246 Nagore Urkiza Pelayo
3247 Karin Fouz Johansson
3248 Itziar Aperribay Arrizabalaga
3250 Nerea Olabarria Jauregui

3251 Susana Victoria Sanz Huete
3255 Ibai Iturrioz Pozueta
3263 Izaro Ibarzabal Uranga
3265 Egoitz LazkanoJuaristi
3266 Maialen Salgado Zafra
3268 Anne Unzueta Lazcanotegui
3272 Nora Castro Aramendi
3278 Lia Ventoso Valdés
3279 Nerea Nájera Larrañaga
3280 Miren Larrañaga Azpiazu
3284 Maria Inmaculada Gonzalez
Larrañeta
3285 Garazi Cruz Larrañaga
3286 María Abeijón Arévalo
3288 Julen Gómez Díaz
3293 Mikel Urretabizkaia
Astigarraga
3295 Leire Tirapu Albisua
3300 Teresa Romera Querejeta
3306 Iñigo Sarasua Iriondo
3307 Asier Beneitez Rivero
3312 Maddi Erauskin Alkorta

resto

3267 Francisco Román Velasco
3277 Patricia Monteagudo Jato
3291 Julia Marie Dominique
Majorel
3294 Marion Jeanne Dominique
Valette

Nota: Desde el 11 de julio
hasta el 22 de octubre de 2018 ha
habido 78 nuevas colegiaciones.
Actualmente, el Colegio cuenta
con 2.760 colegiados/as.

Oharra: 2018ko uztailaren 11 eta
urriaren 22 bitartean 78 kide
berri elkartu dira elkargora.
Horrenbestez, Elkargoak 2.760
kide ditu gaur egun.

¿Te lo crees?

Sinesten duzu?

En las últimas fechas, el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco ha salido en diversos medios de comunicación debido a la firma de un acuerdo con EKE, Federación de Consumidores de Euskadi, para luchar contra la publicidad engañosa en materia de formación sanitaria.

Aprovechando dicho acuerdo, el Colegio lanzará

próximamente su nueva campaña contra el Intrusismo Sanitario que precisamente, se centra en este tema.

Aprovechamos desde aquí para pedirnos la mayor difusión posible, pues estamos seguros que con la ayuda de todos podremos vencer el Intrusismo en nuestra profesión.

Consejo de Redacción



Convenio COFPV:

Tras renovar el acuerdo con el COFPV, todos los colegiados tendrán la posibilidad de utilizar la aplicación Organízate.info durante 6 meses sin compromiso, incluyendo también un curso de formación y la importación de datos.

organízate.info

!!! Ahorra tiempo y papel en la gestión de tu consulta !!!!



Organízate es una aplicación web que permite controlar el día a día de la clínica, desde cualquier lugar de una forma sencilla y rápida (Windows, Mac, Linux, Android, iPhone, iPad).

Llevamos 8 años con profesionales especializados que han puesto la gestión de su clínica en manos de **ORGANÍZATE**

Por todo esto nos consideran diferentes:

- Olvida el papel; consentimientos firmados a través del móvil o tablet.
- Tus pacientes te pedirán cita sin molestarte; cita online.
- Cada profesional tendrá sus propios informes; historial clínico personalizado.
- Recordatorios de las citas automáticamente.
- Campañas de publicidad de una forma rápida y sencilla.

Olvida el tener a dos pacientes a la misma hora por error o pasarte horas intentando ajustar horarios de trabajadores para completar las citas.

Entra en www.organizate.info y comprueba todas las posibilidades que te ofrecemos con la demostración online.

Todos los colegiados que soliciten la demo tendrán 6 meses gratis sin compromiso, un curso de formación y la importación de datos.

Entra ahora y valóranos, estamos preparados!!



SUPERSEGURO DE VIDA

EL MÁS COMPLETO SEGURO DE VIDA

Solicita
información

94 435 46 00
segurmec@cmb.eus
www.cmb.eus

Ahorra un 15% en tu seguro de vida

Si has decidido ahorrar en tus seguros de coche y hogar, hazlo también en tu seguro de vida. En la correduría de Seguros del Colegio de Médicos de Bizkaia, de la mano de SURNE, nos comprometemos a mejorar tu póliza individual en un 15%.

Además dispones de 2 garantías gratuitas:

Testamento online

Borrado digital de todos los datos, una vez producido el fallecimiento.

Llámanos y dínos las condiciones del seguro de vida que tienes, el de la hipoteca o cualquier otro, y te decimos lo que puedes ahorrar.

cmb
bizkaiko medikuen elkargoa
colegio de médicos de bizkaia
SEGUIMEC
ASEGURU-ARTEKARITZA S.M.
CORREDURIA DE SEGUROS S.L.

Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
del País Vasco
EF
Enfermería
Fisioterapia
Villaverde Galdakao