

# ELKARBERRIA

Nº 44 Abril - Junio 2014 / 2014ko Apirila - Ekaina

Ejemplar gratuito

Depósito Legal: BI-945-05

# 44



## UNIDOS CONTRA EL INTRUSISMO

El COFPV lanza en junio una campaña para evitar esta práctica con la ayuda personas muy conocidas en Euskadi.

# 2014

**Kinesiotaping 3**



Maiatza  
Mayo  
24 y 25

**Drenaje Linfático Manual**



Maiatza/ Mayo  
30 y 31  
Ekaina / Junio  
1 - 20 - 21 y 22  
Iraila / Septiembre  
12, 13 y 14  
Urtia / Octubre  
17, 18 y 19

**Gestión en  
Fisioterapia**



Ekaina  
Junio  
7 y 8

**Tratamiento  
Fisioterápico  
de las Disfunciones de la  
Articulación  
Temporomandibular (ATM)**



Ekaina  
Junio  
13, 14 y 15

**Desarrollo  
Motor  
y Parálisis  
Cerebral**



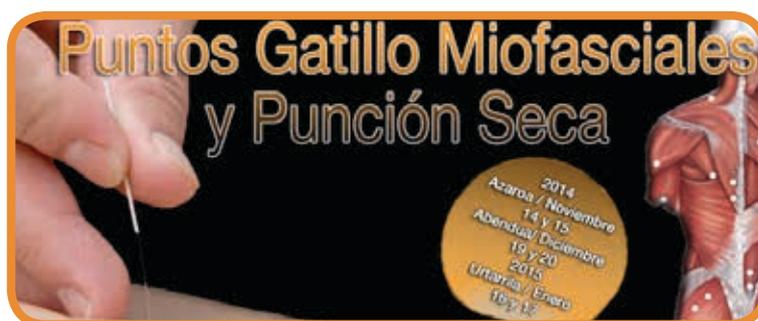
Uztaila  
Julio  
18, 19 y 20

**Salud Integral  
de la Mujer.  
Actuación del Fisioterapeuta  
en Ginecología**



Iraila  
Septiembre  
19, 20 y 21

**Puntos Gatillo Miofasciales  
y Punción Seca**



2014  
Azaroa / Noviembre  
14 y 15  
Abendua / Diciembre  
19 y 20  
2015  
Urtaria / Enero  
10 y 12

## EFFEOK IKASTAROAK CURSOS DEL COFPV

*EFFEOK 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.org/fisioterapeutas-formacion\\_eus.html](http://www.cofpv.org/fisioterapeutas-formacion_eus.html))*

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/fisioterapeutas-formacion.html](http://www.cofpv.org/fisioterapeutas-formacion.html))



**IBAN ARRIEN CELAYA**  
 Presidente del COFPV  
 EFEO-eko Lehendakaria



## Una despedida muy agradecida

Estimados colegiados/as, compañeros/as:

Quisiera aprovechar la ocasión que se me brinda en esta Editorial para despedirme de todos vosotros/as, ya que no volveré a presentarme a ningún cargo institucional en las próximas Elecciones del COFPV, a celebrarse a finales de Mayo o principios de Junio de este año.

Por este motivo, quiero agradecer de manera muy sincera en mi nombre y en el de toda la Junta de Gobierno actual, todo el apoyo y confianza depositadas tanto en mi persona como en las diferentes personas que han conformado las diferentes Juntas de Gobierno del Colegio, y anteriormente de la Asociación Española de Fisioterapeutas Delegación del País Vasco, que he presidido en estos últimos dieciséis años.

También quiero pedir disculpas por los errores cometidos, por las ocasiones que igual no hemos sabido estar a la altura de las circunstancias, por las ocasiones que igual no os hemos sabido comprender y entender, por las ocasiones que igual habéis sentido que no hemos estado cerca de vosotros/as, etc...; os puedo asegurar que SIEMPRE he intentado, hemos intentado, hacerlo lo mejor posible, lo mejor que hemos sabido y podido en cada momento y situación concreta.

También quiero felicitaros, agradecer y reconocer a todo el colectivo de fisioterapeutas vascos por vuestro gran trabajo diario, por cada una de vuestras demandas, opiniones, avenencias y desavenencias, críticas, consultas y reconocimientos, los cuáles, nos han invitado a caminar, nos han enseñado a crecer y nos han mostrado el verdadero valor de gestionar con responsabilidad, ética, transparencia y nobleza.

Quiero tener un emotivo recuerdo dedicado a todos los compañeros/as que ya no están con nosotros, y también agradecer profundamente a todas las empresas, instituciones públicas y privadas, asociaciones, a la AEF, al CGCF, a los Colegios Profesionales de Fisioterapeutas y a otros colectivos profesionales sanitarios, etc..., y fundamentalmente, a todas las personas que a lo largo de todos estos años han trabajado y colaborado por nuestra profesión y para nuestro Colegio. Sin su ilusión, su amplia dedicación, muchas veces desinteresada, y su esfuerzo, no hubiera sido posible estar hoy en día en la posición en la cuál nos encontramos.

Destacaría muchos hitos importantes conseguidos por la Fisioterapia durante todos estos años, pero si tuviera que destacar alguno, si de alguno de ellos me siento más orgulloso, sería sin lugar a dudas, del reconocimiento que la ciudadanía nos traslada.

Como colectivo, nuestro compromiso y objetivos son firmes: buscar permanentemente la excelencia profesional, adaptarnos a los nuevos tiempos, a las nuevas tecnologías, mostrar una elevada competencia en todos los niveles de atención de la salud, con una visión amplia y global, volcándonos en el desarrollo científico e investigador en un proceso de formación continuada y permanente. Debemos de seguir asumiendo con entrega nuestra responsabilidad de reinventarnos, apostando por un colectivo con plena autonomía profesional, integrado en equipos interdisciplinarios, y bajo un nuevo modelo de las Profesiones Sanitarias más acorde a las necesidades de la sociedad actual.

El COFPV lo integramos todos los colegiados/as, somos TODOS y TODAS, y debemos de seguir trabajando con ilusión y esfuerzo por nuestra profesión, por la Fisioterapia, ya que en nuestras manos está hacer de ella lo que queramos que sea.

Ha sido un autentico placer para mí poder realizar este camino junto con vosotros/as.

Hasta pronto.

Un fuerte abrazo

## Eskerronez betetako agurra

Elkargokide agurgarriok:

Editorial honek eskaintzen didan aukeraz baliatuta, agur esan nahi dizuet guztiok, EFEOa aurtengo maiatzaren amaieran edo ekainaren hasieran egingo ditugun Hauteskundeetan ez bainaiz ezain kargu instituzionala aurkeztuko.

Hori dela eta, eskerrak eman nahi dizkizuet bihotz-bihotzez, nire izenean eta oraingo Gobernu Batzordearen izenean, niri eta Elkargoko Gobernu Batzorde desberdinak osatu dituzten pertsona guztiok, baita azken hamasei urteotan presidente karguan izan nauen Espainiako Fisioterapeuten Elkargoaren Euskadiko Ordezkaritzako kideei ere, eskaini dituguzen laguntza eta konfiantzagatik.

Era berean, barkamena eskatu behar dizuet egindako hutsegiteengatik, neurria ematen jakin ez dugun uneengatik, zuen eskaerak konprentitzen eta ulertzen jakin ez dugun uneengatik, zuengandik urrun sentitu gaituzten uneengatik, etab...; ziurtasun osoz esan ahal dizuet, ahalik eta ongien egiten saiatu naizela, saiatu garela, BETI, ongien jakin dugun moduan eta une eta egoera bakoitzean ahal izan dugun erarik onenean.

Horrekin batera, zoriok, eskerrak eta merezi duzuen aitortpena eman nahi dizkizuet euskal fisioterapeuta guztiok egunero egiten duzuen lan handiagatik, zuen eskari, iritzi, adostasun eta desadostasun, kritika, kontsulta eta errekonozimendu guztiengatik, horiek guztiok aurrera egitera animatu gaituztelako, hazten irakatsiz, eta arduraz, etikaz, gardentasunez eta prestutasunez kudeatzearen benetako balioa erakutsiz.

Oroitzapen bero-beroa eskaini nahi diet gurekin ez dauden lankide guztiok, eta eskerrik beroenak eman nahi dizkiet enpresei, erakunde publiko eta pribatuei, elkartei, AEFri, CGCFri, Fisioterapeuten Elkargo Profesionalei eta osasun arloko beste kolektibo profesional batzuei, guzti-guztiok... eta bereziki urte hauetan guztiotan gure lanbidearen alde eta gure Elkargoarentzat lan egin duten pertsona guztiok. Haien ilusioa, haien jardun eskuzabala eta askotan desinteresatua, eta haien guztien ahalegina zeharo funtsezkoa izan da egun dugun egokiera honetara iristeko.

Fisioterapiak urte hauetan guztiotan izandako lorpen asko nabarmenduko nituzke, baina bakarren bat nabarmentzekotan, seguraski herritarrek erakusten dituzten errekonozimendua da lorpen guztien artean gehien harrotzen nauena.

Kolektibo bezala, gure konpromisoa eta helburuak sendoak dira: bikaintasun profesionala etengabe bilatzea, garai berrietara eta teknologia berrietara egokitzea, osasunaren arloko arreta-maila guztietan gaitasun gorena erakustea, ikuspegi zabal eta global batez, zientzia eta ikerketa arloko garapenarekin bat eginez, etengabeko prestakuntza jarraituko prozesu baten barruan. Aurrerantzean ere, geure burua berrasmatzeko erantzukizuna geureganatzen jarraitu behar dugu, diziplina-arteko lantaldeetan integratuta eta egungo gizartearen beharriaz gaituzteko Osasun Lanbideen eredu berri bati atxikita diharduen erabateko autonomia profesionaleko kolektibo honen alde apustu eginez.

EFEO elkargokide guztiok osatzen dugu, GUZTI-GUZTIOK, eta ilusioz eta ahaleginaz jarraitu behar dugu lanean gure lanbidearen alde, Fisioterapiaren alde, geure esku baitago merezi duen lekua ematea.

Atsegin handia izan da niretzat bide hau zuekin guztiokin egiteko aukera izatea.

Laster arte.

Besarkada bero bat.

## SUMARIO

Cursos	2	<b>Ikastaroak</b>
Editorial	3	<b>Editoriala</b>
Noticias	4-7	<b>Berriak</b>
Formación	8-9	<b>Prestakuntza</b>
Artículo	10-15	<b>Artikuloa</b>
Intrusismo	16-19	<b>Sarkokeria</b>
Asesoría Jurídica	20-21	<b>Aholkularitza Juridikoa</b>
Anuncios	22-25	<b>Iragarkiak</b>
Biblioteca	26	<b>Liburutegia</b>

## LABURPENA

## ELKARBERRI

Presidencia y Dirección: Iban Arrien Celaya  
 Coordinación: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo  
 Realización y Maquetación: J&J Creativos  
 Fotografía: ORO  
 Edita: Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco  
 Publicación trimestral: 2.170 ejemplares  
 Ejemplar gratuito para distribuir a los/as colegiados/as

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.

Lehendakaritza eta Zuzendaritza: Iban Arrien Celaya  
 Koordinazioa: Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea  
 Gauzatzea eta Maketazioa: J&J Creativos  
 Argazkigintza: ORO  
 Argitalpena: Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala  
 Hiruhilabeteko argitalpena: 2.170 ale  
 Elkargokideei emateko dohainezko alea

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

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



# Unidos

El COFPV lanza en junio con la ayuda de varios rostros conocidos y la participación de diferentes colegiados/as, la campaña para combatir el intrusismo en la fisioterapia

¿Qué tienen en común el presentador de ETB Julian Iantzi, la escritora Laura Espido Freire o el pelotari Juan Martínez de Irujo, reciente ganador de la final de mano parejas?. Que todos apoyan al Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco en una campaña de comunicación que pretende combatir el intrusismo en nuestra profesión.

El próximo mes de junio se lanzará en diferentes medios de comunicación de todo Euskadi esta campaña que bajo el lema "Que no te confundan" pretende reflejar de una manera directa, sencilla y con un toque de humor lo importante que es ponerse en manos de profesionales titulados en el tratamiento de sus patologías para, de esta manera, evitar posibles complicaciones o sustos.



El elemento central de la campaña son tres vídeos realizados con los tres protagonistas y con otros tantos fisioterapeutas colegiados. En ellos, se podrá contemplar a los tres famosos

intentando realizar trabajos que no son los suyos, el resultado, evidentemente, deja mucho que desear. Es una manera muy visual de demostrar que para ejercer con garantías una profesión hay que tener una titulación. Esto queda patente al final de cada vídeo cuando Iantzi, Espido Freire y Martínez de Irujo aparecen con tres fisioterapeutas lanzando el mensaje central de la campaña ¡Qué no te confundan!.

La idea inicial es conseguir que estos vídeos se conviertan en virales y que sean compartidos a través de diferentes redes sociales y medios de comunicación tradicionales. Además, también se realizarán inserciones publicitarias. Os animamos a sumarnos a la campaña y a ayudarnos a difundir los vídeos y el mensaje de la campaña, distribuyéndolos entre vuestros contactos y pacientes. El objetivo final es lograr que una buena parte de la sociedad vasca entienda la importancia de acudir a un fisioterapeuta titulado, evitando personas que no cumplen los requisitos mínimos para ejercer nuestra profesión. Todos saldremos ganando.

En los próximos días recibiréis información puntual del lanzamiento y el avance de la campaña y recordar:

## ¡Que no te confundan!

*Consejo de Redacción*

# INTRU

# Contra el



# SISMO



# Elecciones



# es COFPV

Casi 2.000 colegiados podrán elegir la junta de gobierno del COFPV el próximo 14 de junio

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco ha cerrado ya la fecha de las próximas elecciones para elegir su nueva Junta de Gobierno. Será el 14 de junio cuando todos los colegiados podrán ejercer su derecho a voto y decidir quién llevará las riendas del COFPV durante los próximos años. Estas elecciones son trascendentales para la marcha del Colegio, por eso os animamos a todos a que participéis activamente en el proceso votando el día 14 de junio. Hasta el 14 de mayo también todos los colegiados del País Vasco han podido presentar su candidatura. Ahora llega el momento de elegir a la nueva Junta.

#### Voto por correo

Además de acudir personalmente a la sede del COFPV a votar el próximo día 14 de junio, los colegiados/as que así lo deseen podrán hacerlo por correo certificado, enviando la papeleta en un sobre cerrado al Presidente de Mesa. Este sobre irá dentro de

otro que contendrá una fotocopia de su DNI. El segundo sobre irá cerrado y en él constará claramente el remitente, con la firma. Los votos por correo certificado se enviarán a la Secretaría de la Junta de Gobierno dirigidos al Presidente de Mesa con un mínimo de 3 días de antelación a la fecha de las elecciones.

La mesa electoral del día 14 de junio estará compuesta por un Presidente, dos vocales y un secretario, siendo el Presidente el fisioterapeuta con más edad y el Secretario, el de menor edad.

Os animamos de nuevo a todos a expresar vuestra opinión a través de vuestro voto y a seguir participando activamente en el día a día del Colegio con el objetivo común de situar a nuestra profesión en el lugar que se merece.

Consejo de Redaccion

**TEMTEX KINESIOLOGY TAPE**  
*La venda neuromuscular más equilibrada del mercado*

TEMTEX,  
producto sanitario Clase I

**TAPE NEUROMUSCULAR DE MÁXIMA CALIDAD 150%-160% de elasticidad**

TEM TEX



PILATES SUELO PARA FISIOTERAPEUTAS



Profesoras - Irakasleak:  
Natalia Wierzeszen y Elixabete Izkeaga

Fechas - Datak:  
14, 15 y 16 de febrero y 21, 22 y 23 de marzo de 2014

FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



Profesor - Irakaslea:  
Óscar Sanchez

Fechas - Datak:  
7, 8 y 9 de marzo de 2014

## KINESIOTAPING KT1 Y KT2



Profesor - Irakaslea:  
Fernando Reyes

Fechas - Datak:  
29 y 30 de marzo de 2014

## TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS Y LAS CIÁTICAS



Profesor - Irakaslea:  
Juan José Boscá

Fechas - Datak:  
2, 3 y 4 de mayo de 2014

# Incontinencia urinaria de esfuerzo y fisioterapia

Leyre Alonso. Fisioterapeuta Col.nº 721

Maidier González .Fisioterapeuta Col.nº 921

La fisioterapia uroginecológica, es una de las especialidades de la fisioterapia sobre la que hay más desconocimiento. A lo largo de este artículo se explicará qué realiza un fisioterapeuta experto en uroginecología y qué herramientas tiene para llevar a cabo un tratamiento para una incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es fundamental para entender por qué tiene lugar una incontinencia urinaria, realizar un repaso anatómico y funcional del suelo pélvico y del tracto urinario inferior.

## RECUERDO ANATÓMICO

### El suelo pélvico

El suelo pélvico está formado por tejido conjuntivo y tejido muscular. Su principal función es dar soporte a todas las vísceras abdomino-pelvíanas y amortiguar las presiones abdominales. Además de ello, permite la micción, la defecación, el coito y el parto (1).

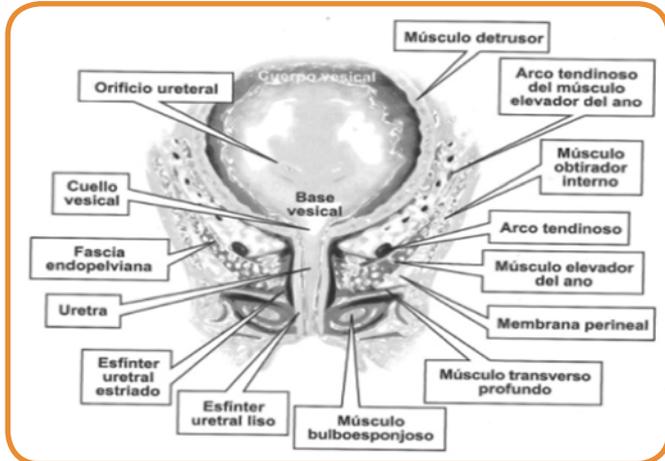


Figura 1. Estructuras del tracto urinario inferior y su relación con el suelo pélvico

En el suelo pélvico se distinguen dos diafragmas:

- **Diafragma pelviano:** se encuentra formado por la fascia endopelviana y el músculo elevador del ano.
  - La fascia endopelviana tapiza los huesos pelvíanos en su cara parietal. En su cara visceral forma el arco tendinoso de la fascia endopelviana que va de la sínfisis del pubis a las espinas ciáticas sujetando la vagina.
  - El elevador del ano va del pubis al coxis. Lateralmente se une al obturador interno y al arco tendinoso del elevador del ano. Según el punto de inserción del músculo, toma tres nombres diferentes:
    - **Músculo pubococcigeo:** su origen está en el interior del pubis y se inserta por la parte posterior del coxis. Lateralmente se une a la vagina y al recto. Su tono y su contracción es importante para la continencia urinaria y fecal.

- **Músculo isquiococcigeo:** su origen es la cara anterior del isquion hasta la espina ciática, y se inserta por detrás del coxis y el sacro. Este músculo tiene una prolongación denominada músculo coccigeo que va de la mitad inferior del sacro a la parte superior de coxis, que junto con el ligamento sacroespinoso forma el complejo musculotendinoso cuya función principal es la de dar soporte a las vísceras pélvicas en la flexión de coxis. Se encuentra inervado por la cuarta raíz sacra.
- **Músculo ileococcigeo:** se inserta en el músculo obturador interno y el arco tendinoso del elevador del ano. Por la parte posterior se inserta en el rafe anococcigeo y en el coxis. Tiene importancia a nivel de soporte del contenido visceral y en el mantenimiento de la estática de las vísceras, sobre todo porque da apoyo a la vagina. Esta porción del elevador del ano es susceptible de desgarrarse durante el parto (2).
- El elevador del ano está formado por fibras de tipo I, que proporcionan el tono, y de tipo II que proporcionan la contracción voluntaria. Su acción voluntaria realiza un acercamiento de las vísceras que son soportadas por él hacia el pubis provocando una contracción de la uretra. Este músculo tiene inervación somática S2-S4 a través del nervio pudendo.
- **Diafragma urogenital:** también denominado membrana perineal, es una estructura fibromuscular que es atravesada por la uretra y la vagina. Esta membrana está ocupada por el músculo transverso profundo del periné y por la parte anterior tiene los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial del periné. Los músculos que forman este diafragma actúan a la vez que el esfínter estriado interno de la uretra ya que la rodean (Figura 2. Diafragma urogenital y diafragma pelviano).
  - **Transverso profundo:** Va de la cara interna de la rama isquiopubiana al isquion y se dirige a la línea media, para rodear la vagina y la uretra (2). Forman parte de la estructura tendinosa llamada núcleo fibroso central (3). Inervado por el pudendo, sus funciones son estabilizadora, soporte de vísceras e interviene en la erección del clítoris, la micción y la defecación (4).
  - **Transverso superficial:** Su origen es la rama isquiopubiana y la tuberosidad isquiática, para acabar insertándose en el núcleo fibroso central. Contribuye a la micción y la defecación además da soporte a las vísceras (3). Está inervado por el nervio pudendo (4).
  - **Bulbocavernoso:** Su origen es la parte lateral del cuerpo cavernoso y se inserta en el núcleo fibroso central (2). Está inervado por el nervio pudendo y colabora con la erección del clítoris (4).
  - **Isquiocavernoso:** Este músculo va de la raíz del cuerpo del clítoris a la parte posterior de la tuberosidad isquiática (2). Está inervado por el nervio pudendo y colabora con

la erección del clítoris (4).

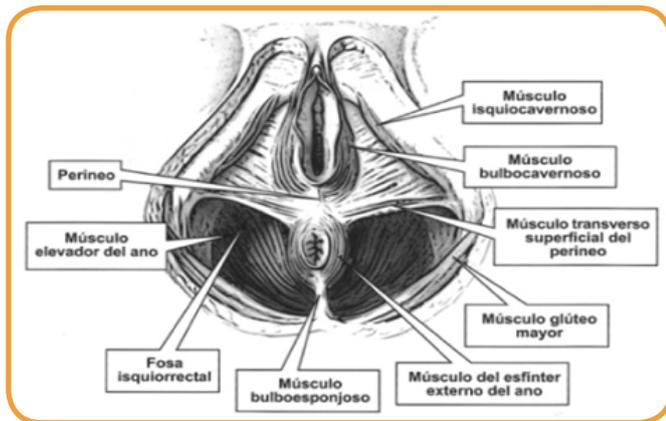


Figura 2. Diafragma urogenital y diafragma pelviano.

### Tracto urinario inferior

Cuando hablamos de él, nos referimos a las vísceras que son contenidas en el interior de la pelvis, siendo soportadas por el suelo pélvico y que están relacionadas con la continencia de orina.

- La vejiga: Es la víscera que almacena la orina. Es distensible; cuando está vacía tiene forma plana, mientras que cuando está llena tiene forma globular.

Sus límites son: en la parte posteroinferior la vagina, el espacio retropúbico, el arco tendinoso de la fascia endopélvica y un plexo venoso; en la parte superior el peritoneo y una parte del útero (1).

Existen tres estructuras que forman parte importante en la función de continencia de la vejiga:

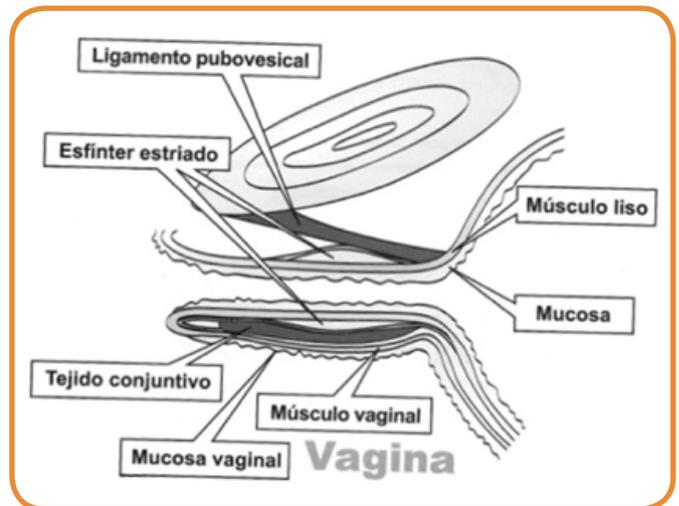
- El trigono: Se encuentra en la base de la vejiga, con forma triangular y cuya limitación viene dada por los uréteres y el orificio uretral de salida. La función principal es evitar el reflujo urinario mientras se produce el vaciado de la vejiga.
- El cuello de la vejiga: Está en su parte inferior. En el comienzo de la micción tiene forma de embudo para facilitarla.
- El detrusor: Es un músculo visceral. Tiene tres capas: la interna y la externa con fibras longitudinales; y la media con fibras circulares. Sus fibras musculares están acompañadas de tejido elástico que permite disminuir el tamaño de la vejiga durante su contracción. Este tejido elástico permite que a un leve aumento de presión aumente el volumen vesical, a esto se le denomina complianza.

La inervación vesical viene dada por el plexo vesical que tiene fibras parasimpáticas (nervios pelvianos de S2-S4) y ortosimpáticas (nervio hipogástrico). Podríamos decir que el detrusor es puramente inervado por el sistema parasimpático, mientras que el cuello de la vejiga es ortosimpático.

- La uretra: Es el conducto por donde la orina sale al exterior desde la vejiga. Mide aproximadamente unos 3,5 cm y su diámetro es de 6 mm. Pasa por detrás del pubis atravesando el diafragma urogenital, terminando en el meato uretral. Se encuentra apoyada en la vagina. Durante el llenado vesical la luz uretral está cerrada y solo es permeable durante el vaciado (1). Sus estructuras principales son:

- La mucosa epitelial o urotelio: es rico en fibras de elastina, colágeno y fibrocitos.
- El plexo vascular submucoso: importante en el cierre de la luz uretral.
- El músculo liso uretral: hace de esfínter intrínseco manteniendo cerrada la luz uretral durante el llenado.
- El músculo estriado: forma el esfínter uretral situado en los dos tercios proximales de la uretra. Este músculo tiene forma de herradura, abraza la uretra dejando la parte ventral sin abrazar.

La uretra está fijada por su apoyo en la vagina y por el ligamento pubouretral que va del pubis a la uretra tanto a la parte anterior como a la posterior. En el tercio distal encontramos también el ligamento pubovesical. La inervación de la uretra es ortosimpática a través del nervio hipogástrico.



Disposición del esfínter estriado de la uretra

- La vagina: Es una estructura con forma de tubo hueco, fibromuscular, distensible, con una superficie rugosa (2) y se extiende desde el vestíbulo hasta el cuerpo del útero (5). Mide unos 7 cm y no es vertical sino que tiene forma angulada, su angulación normal es de 120 – 130°, y dicho ángulo tiene gran importancia en el tono del suelo pélvico que a su vez repercute en la continencia vesical (6).

Los elementos que componen la vagina son:

- La mucosa vaginal: formada por epitelio escamoso y el plexo venoso vascular.
- La fascia vaginal.
- El músculo liso que rodea la vagina uniéndose en su parte inferior al tejido conectivo del cuerpo perineal (1).

### FISIOPATOLOGÍA

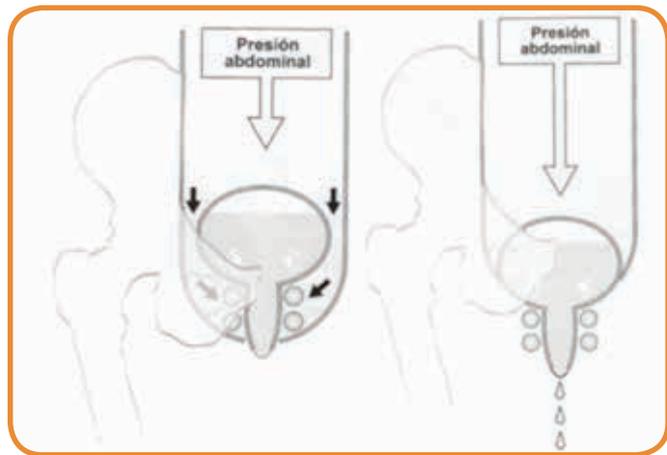
La continencia vesical femenina depende de que la presión uretral sea mayor a la presión vesical. La incontinencia urinaria de esfuerzo, es la pérdida involuntaria de orina que coincide con un aumento de la presión abdominal, derivado de un acto motor. Esto se debe a un fallo en los mecanismos de continencia durante el esfuerzo en el que la presión vesical es mayor que la presión uretral (1).

Clásicamente la historia de la fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo se ha dividido en dos teorías: la de la hiperactividad de la pared posterior de la uretra y la del déficit esfinteriano.



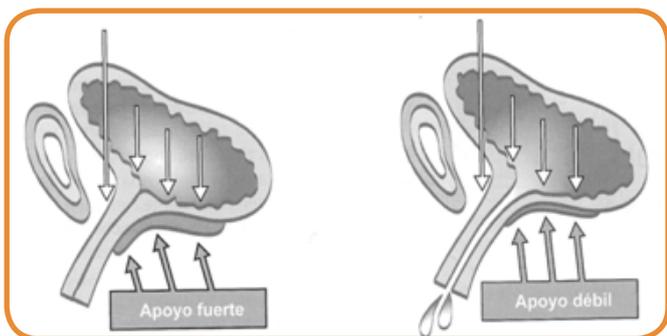
A continuación se exponen diferentes teorías sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo:

- Teoría anatómica de Bonney y Cols: la incontinencia se debe a la laxitud de la pared posterior de la uretra que cede ante el aumento de presión, descendiendo la vejiga, creando una uretra hiper móvil (7).
- Teoría de la transmisión de presiones de Enhoring: el incremento de la presión abdominal es capaz de transmitirse a nivel vesical y uretral (1). Cuando las estructuras de soporte de la uretra se encuentran alteradas, al aumentar la presión abdominal la uretra desciende saliendo del compartimento intraabdominal y no puede recibir ese incremento de presión siendo imposible la continencia (8).



Esquema de una buena transmisión de presión y de una mala transmisión de presión

- Teoría de la disfunción esfinteriana: en 1976, McGuire confirmó la importancia de la musculatura lisa para la continencia. McGuire confirmó que una denervación del pudendo a nivel perineal puede generar una incapacidad de crear la resistencia suficiente para retener la orina durante esfuerzos (2).
- Teoría de la Hamaca: la postula DeLancey en 1996. Durante el esfuerzo se logra la continencia porque el cierre uretral se lleva a cabo por la compresión de la uretra contra la vagina y no por su localización intraabdominal, como la anterior. Cuando el soporte vaginal es débil, el aumento de presión hace descender la vagina y la uretra, no se cierra la luz uretral y se produce la incontinencia. DeLancey supuso que la conexión entre la fascia vaginal y el elevador del ano permitiría una elevación activa del cuello vesical durante la contracción de los músculos elevadores. De este modo su teoría propone la lesión neuromuscular como mecanismo patológico (9)



Esquema de la teoría de la Hamaca de DeLancey

- Teoría Integral: postulada por Ulmsten y Petros. Se basa en que para ser continente es necesario mantener la integridad

anatómica y la integridad funcional de todas las estructuras del suelo pélvico (1). Por lo tanto, cualquier circunstancia que altere esta integridad anatomofuncional puede causar incontinencia urinaria de esfuerzo (10).

La vagina y la relación con los músculos y ligamentos próximos son los responsables de la continencia. La vagina transmite la contracción muscular cerrando el cuello de la vejiga y la uretra por tres mecanismos, los dos primeros involuntarios y el último por la contracción voluntaria:

1. El tono muscular del Pubococcigeo y de la musculatura estriada periuretral.
2. Mantenimiento horizontal de la vagina por la acción de fuerzas opuestas del Pubococcigeo y del elevador del ano.
3. Los músculos del suelo pélvico forman lazos alrededor de la uretra, por lo que la contracción voluntaria de estos hacen que se cierre la uretra.

Las teorías fisiopatológicas descritas dan un conocimiento parcial de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Actualmente sabemos que para que una mujer sea continente debe tener una total integridad del sistema nervioso central y periférico, de la uretra y de los componentes del suelo pélvico (1).

La incontinencia urinaria de esfuerzo la podemos dividir en dos grandes grupos:

- Incontinencia urinaria por hiper movilidad uretral o anatómica, cuando la uretra desciende por el fallo de los mecanismos de soporte. El soporte uretral es insuficiente cuando el tejido conectivo está dañado o el tejido muscular está débil.
- Deficiencia esfinteriana intrínseca o disfunción uretral intrínseca, esta se debe a una pérdida de función del esfínter bien por fallo del sellado de la pared uretral o por el fallo de la musculatura que colabora con el cierre de la luz uretral por debilidad. Este tipo de incontinencia es una incontinencia grave al esfuerzo (1).

### EXPLORACIÓN FÍSICA.

Se realiza una valoración física de la región a tratar mediante diversos test.

1. Observación: medir la distancia anovulvar, prepúbico, abertura vulvar, hemorroides, episiotomías...
2. Tacto vaginal: se realizan pruebas del tono global del suelo pélvico, se valoran celes al esfuerzo, escala de oxford, test de calidad vaginal, testing muscular manual, prueba de Bonney.
3. Tacto anal: tono global del canal anal, ángulo anorectal, testing muscular manual, valorar rectocele.
4. Valoración neurológica del periné: reflejo bulbocavernoso, cutáneo - anal, reflejo de la tos.
5. Test diafrámicos: signo de Hover.
6. Test abdominales: hipotonía visible en observación, diástasis de rectos, test de predicción abdominal
7. Test instrumentales: tensión arterial, inclinómetro vaginal y tonimetría.

### METODOLOGÍA DE ABORDAJE DE UNA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

1.- Trabajo cognitivo.

Facilita la toma de contacto y permite justificar la utilización de técnicas intravaginales. El trabajo cognitivo establece la

confianza con la paciente, de este modo se puede obtener su colaboración y cooperación en su rehabilitación. Explicándole mediante bocetos cual es su patología, el mecanismo por el cual se ha producido, cómo funcionan los músculos del suelo pélvico y el mecanismo de contención urinaria con palabras llanas y poco técnicas, se consigue entrar en su sistema emocional haciéndole comprender que es un problema común y que se puede tratar (5).

#### 2.- Técnicas comportamentales.

Consisten en una serie de consejos referentes a la micción y a la defecación en su caso. Entre otros, consejos ergonómicos que faciliten la defecación sin esfuerzos.

#### 3.- Terapia manual.

- Técnicas manuales endocavitarias: mediante tacto unidigital o bidigital en el interior de la vagina se trabaja la musculatura del suelo pélvico. A través del tacto vaginal se puede tratar cicatrices, dolores, congestiones vasculares, distensiones musculares, hipertonías... etc (15).
  - Masaje vaginal: para tratar las cicatrices derivadas de intervenciones quirúrgicas, partos instrumentalizados...
  - Trabajo manual activo para el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico: se realiza para aumentar la fuerza, la resistencia, la velocidad de reacción o el tono de base de estos músculos. Mediante el tacto vaginal el fisioterapeuta apoya sus dedos en el músculo a tratar ofreciéndole información propioceptiva y facilitar la contracción activa de ese segmento muscular.
  - Estiramientos de los músculos del suelo pélvico: consiste en traccionar los músculos del suelo pélvico con el fin de poner en máxima tensión las fibras musculares. Se realizan de manera suave y progresiva, respetando la fisiología muscular.
  - Trabajo manual para la normalización del tono de la musculatura del suelo pélvico: Se solicita al paciente que realice contracciones rápidas mientras de forma manual se presiona el segmento del músculo hipertónico (6).
- Técnicas manuales externas: Trabajo manual para normalizar la tensión del diafragma torácico: Se aplican técnicas de liberación miofascial (6), estiramientos, bombeos y masoterapia para disminuir su tono ya que un aumento de tono de sus fibras puede modificar el equilibrio dentro del compartimento abdominal (15).

#### 4.- Técnicas de aspiración diafragmática.

La aspiración diafragmática consiste en ejercicios hipopresivos que se realizan en decúbito supino o lateral en una camilla en posición de tren de Lemburg y se asocian a manipulaciones diafragmáticas con ventilación de oxígeno puro y tras esto la apnea espiratoria (6).

Los objetivos de estas técnicas son: la normalización de las tensiones diafragmáticas, la contracción refleja de la musculatura del abdomen, el ascenso del diafragma succionando las vísceras pélvicas y abdominales disminuyendo la tensión ligamentaria y aumentando el tono vía refleja del suelo pélvico (16).

#### 5.- Gimnasia abdominal hipopresiva.

La gimnasia abdominal hipopresiva fue en un principio pensada para recuperar el abdomen en los pospartos, tonificando la cincha abdominal sin ejercer presión sobre el suelo pélvico (6).

Es un técnica que colabora con: la relajación del diafragma, la disminución de la tensión de las estructuras musculares aponeuróticas, la disminución de la presión abdominal y de forma refleja tonifica la musculatura abdominal y del suelo pélvico a través del estímulo de la musculatura respiratoria accesoria (2).

Los beneficios de la gimnasia abdominal hipopresiva son: aumentar el tono de base del suelo pélvico y los abdominales, mejorar el tono del suelo pélvico, ayudar a gestionar correctamente las presiones abdominales, prevenir y reducir la incontinencia urinaria, mejorar la postura disminuyendo la lordosis y cifosis, mejorar de la resistencia al aumentar la EPO hasta un 65%, aumentar la fuerza explosiva, aumentar la capacidad anaeróbica, reducción del perímetro de la cintura, mejorar la función sexual en mujeres y hombres y evitar prolapsos, pubalgias y hernias (6).

#### 6.- Electroterapia de las fibras I y II.

La electroterapia es una inducción pasiva del esfínter periuretral y de la musculatura perineal cuando se aplica una corriente eléctrica a través de la pared vaginal. El mecanismo de acción es la activación refleja del nervio pudiendo (17).

Los objetivos de la electroterapia son: mejorar la propiocepción, el control sobre la musculatura del suelo pélvico y los esfínteres estriados; estimular los reflejos (mejorar el control de la inhibición de las contracciones vesicales en un paciente con detrusor hiperactivo); mejorar las características musculares del suelo pélvico (fuerza, resistencia y tono); efecto analgésico y mejora de la vascularización (15).

La electroterapia se realiza mediante la introducción en el canal vaginal una sonda vaginal que posee dos electrodos que son los responsables de la estimulación. Los electrodos los colocamos sobre el obturador interno, en el canal de Alcock para estimular el nervio pudendo. Una vez ahí, debemos presionar y traccionar para disminuir la resistencia de los tejidos y aumentar el umbral de estimulación del nervio (6).

Si lo que se quiere es aumentar el tono de base y la resistencia del suelo pélvico se utilizarán parámetros que estimulan las fibras de tipo I, pero si lo que se busca es ganar fuerza se deberán estimular las fibras de tipo II (14).

Los parámetros en la electroterapia son los siguientes (3) (15):

	FIBRAS I	FIBRAS II
Frecuencia	30 Hz	50 – 100 Hz
Anchura de pulso	0.25 milisegundos	
Intensidad	Alta, debe rozar el límite tolerable.	
Tipo de corriente	Bifásica	

Parámetros empleados en la electroterapia.

La técnica de electroterapia debe durar un máximo de 30 minutos. Para obtener mejores resultados la paciente debe participar de forma activa en todas las contracciones que se produzcan como consecuencia de la electroestimulación (14).



## 7.- Biofeedback.

El biofeedback es una técnica que utiliza un equipamiento habitualmente electrónico para mostrar a los seres humanos, de manera continua e instantánea, ciertos acontecimientos fisiológicos internos normales o anormales bajo la forma de señales visuales o auditivas (5). La señal es utilizada para enseñar y conseguir un resultado terapéutico específico, se registra y se muestra de forma cuantitativa y se instruye al paciente para que pueda alterar las señales y así cambiar el proceso fisiológico básico (17).

El equilibrio entre las fases de llenado y vaciado del ciclo miccional es modulado por los circuitos de integración cortical, los arcos reflejos sacros y la musculatura del suelo pélvico. Cualquier deficiencia puede dar disfunciones miccionales y alteraciones de la continencia. El suelo pélvico participa en el ciclo miccional iniciando e interrumpiendo este bajo control cortical. El componente consciente, la musculatura periuretral, puede aumentar su contracción o aprender a relajarse e influir en dicho balance restableciendo el ciclo miccional adecuado (15). Por ello usamos el biofeedback para modificar la respuesta fisiológica inadaptada y ayudar a adquirir una nueva respuesta fisiológica (5). Los requisitos para realizar el biofeedback son; que la respuesta sea detectable y medible con la presión vesical o con la actividad de la musculatura del suelo pélvico; que la respuesta sea variable para que puedan registrarse los cambios y que la paciente haya comprendido y asimilado el objetivo del biofeedback (15).

La terapia con biofeedback se realiza con dos electrodos en el interior del canal vaginal, y uno de superficie colocándolo en la pierna de la paciente. Se le indica realizar contracciones musculares libres o dirigidas y el fisioterapeuta le corrige la actividad de los abdominales, glúteos y aductores, facilitando la integración del suelo pélvico en el esquema corporal.

## 8.- Ejercicios de Kegel:

“Apretar empujando para arriba el diafragma pélvico, conforme fue descrito por Kegel es el elemento central de los métodos tradicionales de rehabilitación del suelo pélvico” (16). Consiste en una serie de contracciones voluntarias repetidas de los músculos del suelo pélvico. El objetivo de estos ejercicios es: descongestión de la pelvis, mejorar la contractibilidad del periné, mejorar la oxigenación y aumentar la elasticidad.

Se debe tener en cuenta que tan solo un 20% de las fibras musculares del suelo pélvico son voluntarias, de modo que estos ejercicios, a pesar de formar parte del tratamiento no serán los que más relevancia tengan.

## 9.- Estimulación de los receptores de vibración del suelo pélvico.

Al ser estimulados los receptores vibratorios vaginales, a través del nervio hipogástrico (ortosimpático) informan, produciéndose una respuesta motriz de contracción de la musculatura lisa vaginal (6). El sistema ortosimpático genital está ligado al sistema somático perineal, se activan la musculatura lisa y las fibras I de forma indirecta (12).

La estimulación vibratoria se puede llevar a cabo mediante dos sistemas:

- Las bolas chinas.  
La bola se coloca en el interior de la vagina a modo de tampón y se lleva durante las actividades de la vida

cotidiana (14) siempre y cuando haya movimiento de la pelvis. La bola por la parte externa es de silicona y en su interior tiene una bola metálica (16). Con los desplazamientos, la bola metálica se mueve produciéndose una vibración que estimula a los receptores vibratorios del tercio superior de la vagina (6). Ha de usarse de forma progresiva comenzando por un mínimo de 10 minutos y una máximo de 2 horas. Si se realiza la pauta todos los días, al de 2 meses hacer una pausa, ya que es posible inhibir el trabajo de los fibrocitos del tejido conjuntivo del suelo pélvico, además de disminuir el tono.

- Los vibradores vulvares externos

El hecho de que exista hipotonía de suelo pélvico, puede hacer que aumente el umbral orgásmico. Con los vibradores vulvares externos, se puede disminuir, actuando sobre los receptores vulvares parasimpáticos, aumentando la secreción de dopamina por parte del sistema emocional, obteniendo placer y de esta manera ayudar a recuperar la función orgásmica. Además si la vulva está abierta, con los vibradores externos conseguimos que esta se cierre temporalmente.

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS VS FISIOTERAPIA

El tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo se dirige a incrementar las fuerzas de cierre uretral mediante el aumento del tono del músculo liso de la uretra y de la musculatura estriada del tono del suelo pélvico. Los resultados extraídos del uso de la duloxetine, afirman que a dosis de 40 mg dos veces al día, la sintomatología disminuye, aunque no desaparece. Este fármaco tiene como efectos adversos las náuseas. Otros fármacos usados son: los agonistas alfaadrenérgicos y la imipramina, de ambos aún no se han hechos estudios de campo concluyentes (1).

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo se puede realizar de 150 maneras, pero solo unas pocas están demostradas que dan resultados a largo plazo, ya que muchas de ellas en un primer momento son resolutivas pero con el paso de los años son ineficientes. En 1997, el grupo de trabajo de directrices sobre la incontinencia urinaria femenina de la American Urological association analizó la bibliografía sobre los procedimientos quirúrgicos más utilizados en esta patología y llegó a la conclusión de que las colposuspensiones y los cabestrillos suburetrales eran los procedimientos que conseguían mejores resultados a largo plazo (1).

En cuanto al tratamiento fisioterapéutico conservador de la incontinencia urinaria se ha demostrado en este caso, que es viable, y evita los efectos adversos de los fármacos y el postoperatorio propio de la intervención quirúrgica. A tener en cuenta que todos los autores consultados, que forman parte de la bibliografía, confirman que una sola de las técnicas es ineficaz, que solo la toma de conciencia y el trabajo de la paciente de forma diaria en casa junto con la diversificación de técnicas en la consulta son capaces de conseguir un resultado óptimo.

## CONCLUSIÓN

La conclusión extraída de años de experiencia y formación en el ámbito de la uroginecología, es la eficacia de las técnicas fisioterapéuticas en dicho ámbito. Son pocas las mujeres que se benefician de la prevención y rehabilitación de este tipo

de patologías, muy posiblemente porque desconocen que la incontinencia se puede prevenir y tratar, pero también porque los servicios sanitarios no lo ofertan y como consecuencia los ginecólogos y urólogos no lo prescriben.

La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la población femenina es más elevada de lo que se puede imaginar, muchas mujeres por vergüenza o por desconocimiento no lo consultan con los profesionales sanitarios y no llegan nunca a ser derivados a los fisioterapeutas expertos en suelo pélvico. Los programas de ejercicios de suelo pélvico se deberían incluir de forma sistemática en los programas de atención postparto en la atención primaria, y deberían ser dirigidos por fisioterapeutas competentes en la materia.

**Leyre Alonso. Fisioterapeuta Col.nº 721**  
**Maidier González .Fisioterapeuta Col.nº 921**

### BIBLIOGRAFÍA

- Asociación española de urología, Sociedad española de ginecología y obstetricia. Tratado de incontinencia urinaria. Madrid. Luzán 5, S.A; 2006. P 93-104.
- Palma P. Confederación americana de Urología. Urofisioterapia. Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y del piso pélvico. Caracas: 2010; P. 8-56.
- Ashton – Miller JA, Howard D, DeLancey JO. The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. Scand J Urol Nephrol Suppl. 2001; 207:P 1 – 125.
- Wei JT,DeLancey JO. Functional anatomy if the pelvic floor and lower urinary tract.Clin Obstet Gynecol. 2004; 47: P 3 – 17.
- Grosse D, Sengler J. Reeduación del periné. Fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona. Masson; 2001. P 1-19.
- Caufriez M, Esparza S. Apuntes de la especialización de neuromiostática visceral. Barcelona. 2009.
- Bonney V. On diurnal incontinence of urine in women. J Obstet Gynaecol Br Emp 1923;30: P 358-65.
- Enhoring G. Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure: a study on urethral closure in normal and stress incontinent women. Acta Obstet Gynecol Scand 1953;32: P285-307.
- DeLancey JO. Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? Am J Obstet Gynaecol 1996;175: P311-9.
- Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence: experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1990;153: P 7-31.
- Sociedad Española de ginecología y obstetricia. Protocolos de la sección de suelo pélvico de la SEGO. Diagnóstico de la incontinencia Urinaria. Madrid: 2011.
- Caufriez M, Esparza S. Apuntes de la especialización de fisiosexología. Barcelona: 2012.
- Ortiz O. Valoración dinamica de la función perineal de clasificación. Boletín de la sociedad latino americana de Uroginecología y cirugía vaginal. 1994; 1: P 7-9.
- Amostegui JM. Ferri A. Lillo de la Quintana C. Serra ML. Incontinencia Urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. Rev Medica universidad de Navarra. 2004; 48 (4): P 18-31.
- Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Primera edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2006: P. 282 – 294.
- Moraleda García – ochoa L. Prolapsos genitales: etiología, estrategias de prevención y tratamiento fisioteráuco. Urodinámica aplicada. 2007; 20 (1): P 23-29.
- Pena Outeirño JM, Rodríguez Perez AJ, Villodres Duarte A, Marmol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción de suelo pélvico. Actas urológicas españolas. 2007; 31 (7): P 719 – 731.
- Lorenzo Gomez MF. Silva Abuín JM. García Criado FJ. Geanini Yagüez A. Urrutia Avisrorr M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. Actas urológicas españolas. 2008; 32 (6): P 629 – 636.
- Campbell – Walsh. Urología. Madrid. Editorial médica panamerica S.A. 2007; 3(9); P 2130 -2132.



## MÁSTER EN TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS DEL APARATO LOCOMOTOR (60 CRÉDITOS ECTS EN DOS CURSOS)

### 24 sedes en ESPAÑA

<b>Andalucía:</b> Málaga Úbeda Sevilla Almería Granada Cádiz Córdoba <b>Aragón:</b> Zaragoza <b>Castilla y León:</b> Salamanca Valladolid Galicia: Pontevedra Cantabria: Torrelavega Murcia Molina de segura	<b>Comunidad de Madrid:</b> Alcalá de Henares, Madrid Centro Asturias Oviedo <b>Comunidad Valenciana:</b> Elche, Valencia <b>Extremadura:</b> Badajoz <b>Islas Baleares:</b> Palma de Mallorca Cataluña: Barcelona <b>País Vasco</b> Donosti Bilbao <b>Islas Canarias</b> Tenerife
--	--

## ESCUELA DE OSTEOPATIA DE MADRID

Exclusivo para Fisioterapeutas

### CONVOCATORIA PAÍS VASCO

## 2014/2015





**Programas, Sedes y Características del Curso Académico en:**  
[www.escuelaosteopatiamadrid.com](http://www.escuelaosteopatiamadrid.com)

**SEDE DONOSTI:**  
C/ Escolta Real, 32  
20012–San Sebastian  
Tlfo:943 29 08 99

**SEDE BILBAO: ANZOATEGUI**  
Plaza El Desierto nº2 bajo izq  
48901 Barakaldo (Vizcaya).  
Tlfo: Tlf: 94 656 24 99

**SEDE CENTRAL: 91 883 39 10**



# Déficit de regu terapias



# Regulación de las manuales

## ¿Realidad o confusión interesada?

Se señala con excesiva ligereza la reiterada denuncia de la amenaza y agresión competencial de la que es objeto a diario el colectivo fisioterapeuta.

Intentos de desestabilización por parte de Asociaciones de "terapeutas naturales" que asumen abiertamente la práctica de conceptos y métodos sanitarios sin la preceptiva Titulación Oficial, la divulgación abierta y masiva de ofertas formativas -aparentemente profesionalizantes- de técnicas propias de la Fisioterapia, la negativa pública a solicitar la homologación de títulos extranjeros oficiales -equiparables al Grado en Fisioterapia- o la interesada información confusa ofrecida al consumidor entorno a la Normativa legal, son algunos de los ejemplos que bien pudieran describir la atmósfera intolerable de permanente agresión en la que, los fisioterapeutas, nos vemos obligados a convivir en este Estado.

No se trata éste, de manera exclusiva, de un problema competencial. El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, como Corporación de Derecho Público, debe adoptar como objetivo fundamental y prioritario el cuidado y protección de la Salud del ciudadano, debiendo alertar y denunciar los presuntos casos de intrusismo detectados y la indeseable tibieza con la que es adoptada cada una de nuestras campañas en pro de un Derecho Fundamental: la protección de la Salud.

Por muy reiterado que sea, por mucho hartazgo que despertemos o por muchas descalificaciones que recibamos, no nos cansaremos en hacer público y denunciar el abordaje de patologías y trastornos de la Salud, en marcos ajenos al ámbito sanitario, en los que la irresponsabilidad, la falta de



conocimientos, la incompetencia profesional o la ausencia de la debida habilitación reglada parecen no inquietar a las Administraciones competentes: Sanidad, Consumo, Fiscalía, Hacienda, Policía y Cuerpos de Seguridad,...

Durante los últimos meses hemos sido testigos de movimientos ambiciosos y pretendidamente mediáticos por parte de algunas Asociaciones “profesionales” por alterar y contravenir el articulado de la Normativa vigente. La Asociación Española de Quiroprácticos (A.E.Q.) ha promovido una campaña para la recogida de firmas a favor de la creación de una nueva disciplina sanitaria; el Registro de Osteópatas Españoles (R.O.E.) está recogiendo firmas para retirar la osteopatía como método específico de intervención en Fisioterapia; se divulga engañosamente, por parte de “osteópatas” y masajistas, la publicación en el B.O.E., el pasado día 17 de junio del 2013, del convenio de regulación laboral (*Convenio Colectivo Estatal para las Empresas de Naturopatía y Profesionales Naturópatas*) como una supuesta regulación de la actividad y de la profesión.

Todas estas campañas comparten, a mi juicio, un denominador común: la difusión tendenciosa de un supuesto déficit legislativo, con interpretaciones sesgadas de la Ley y el beneficio de una tolerancia excesiva ante su incumplimiento.

Así, por ejemplo, la demanda reciente de la Asociación Española de Quiroprácticos por regular la “Quiropraxia”, convirtiéndola en una disciplina sanitaria y equiparable profesionalmente a otras titulaciones extranjeras, es un argumento a mi juicio, engañoso y no exento de cierta demagogia.

¡Naturalmente que la quiropraxia es un concepto sanitario!...y, como tal, ha de abordarse académica, profesional y legislativamente. Si atendemos a su definición, a su paradigma, a su cuerpo doctrinal, a sus objetivos o a la misma Organización Mundial de la Salud, resultaría absurdo y una temeridad enmarcarla de manera ajena al ámbito sanitario. Así se identificó, así se contempló y así se aprobó cuando se desarrolló una Norma de rango superior que legislara el abordaje de las enfermedades y los problemas de Salud en España (Ley Orgánica de las Profesiones Sanitarias (*Ley 44/2003, de 21 de noviembre*) o cuando se establecieron los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales estatales que habilitaran para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta -*ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio*-. (Ver nota al pie)

Los fisioterapeutas somos muy conscientes de que la “Quiropraxia”, entendida como profesión independiente y no como método de intervención, convive en otros Países con otras titulaciones oficiales sanitarias (Osteopatía, Kinesiología, Fisiatras,...). Su desarrollo normativo, académico y competencial en países como Canadá, EE.UU., Dinamarca, Finlandia o Australia ha seguido un camino independiente al de la Fisioterapia, y la identificación del profesional *Quiropráctico* se ha asumido de forma normalizada. ¡Desarrollo normativo dispar al nuestro, sin duda.!

Lo mismo podríamos señalar con relación a los títulos de *Kinesiólogo*, *Terapeutas Físicos* y *Fisioterapeutas* que eran concedidos hasta hace menos de una década en Argentina.

De la considerable confusión que se brindaba entre la ciudadanía y de la compleja imbricación en sus marcos competenciales, surgió la necesidad y el propósito de unificar estas Titulaciones en una única que consensuara académica y profesionalmente estas tres disciplinas sanitarias. Fruto de ello nació la *Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría*, vigente en el día de hoy.

En España, este desarrollo Normativo, ha asumido y otorgado a la Titulación de Fisioterapia un amplio espectro de competencias y de métodos entre los que se engloba la quiropraxia, la osteopatía, el quiromasaje, técnicas miotensivas y manipulativas, la electroterapia, la termoterapia,... y demás conceptos de intervención recogidos en la ORDEN CIN/2135/2008 y que tienen cabida en la definición de Acto Fisioterápico. (Ver nota al pie)

No hablamos, por tanto, de la negativa a la práctica de la quiropraxia o la osteopatía por parte de los profesionales fisioterapeutas –tal y como difunden tendenciosamente algunas de estas Asociaciones-. Hablamos de la aceptación y respeto de los distintos desarrollos normativos – académicos y competenciales- de las disciplinas sanitarias que gravitan entorno a la Terapia Física y Manual. Hablamos de la aplicación de estos métodos de intervención en un contexto y en un marco competencial legítimo y acorde a la Normativa vigente.

A este respecto, es justo y necesario señalar que esta Institución se enorgullece de contar entre sus profesionales colegiados con compañeros y compañeras con la titulación de *Doctor of Chiropractic* -obtenida en el extranjero- y que, como marca la Norma, han sido homologados al de Graduados en Fisioterapia por parte de los Ministerios de Sanidad y/o Educación. Se tratan de compañeros que trabajan, aplican y desarrollan esta maravillosa parcela de la Fisioterapia, como es la quiropraxia, aceptando la necesaria y legítima responsabilidad de su aplicación en un marco sanitario y desde la habilitación que concede la preceptiva homologación del título obtenido en otro País.

Mención especial me merece la última campaña promovida por el R.O.E. El Registro de Osteópatas Españoles, invita a retirar la osteopatía de nuestro marco competencial. Se aduce, entre otros argumentos, que los fisioterapeutas “critican la práctica de la osteopatía” y/o “no tienen formación en el concepto osteopático” (APT-NOFENAT. En [www.naturacuratur.com](http://www.naturacuratur.com)).

Nuestra respuesta es muy sencilla: los fisioterapeutas conocemos muy bien el valor del concepto osteopático. Muchos de nosotros/as nos servimos de él en nuestra práctica diaria. Como método de terapia manual para el diagnóstico y tratamiento que contempla e integra la relación cuerpo, mente y entorno en la salud y la enfermedad, no cabe lugar su identificación y desarrollo fuera del paradigma y del marco competencial del Título Universitario de Graduado en Fisioterapia, tal y como la contemplamos en este País.

Naturalmente que no todo el colectivo profesional conocemos en profundidad o hemos adquirido la suficiente destreza para su aplicación. ¿Acaso un Pediatra conoce o se encontraría en disposición de abordar una intervención quirúrgica cardíaca?, ¿es éste argumento suficiente para que la Pediatría o las intervenciones quirúrgicas deban

abordarse o contemplarse en un marco ajeno a la Medicina?; ¿acaso un abogado laboralista se mostraría competente para desarrollar un alegato que nos defienda ante una acusación de asesinato?, ¿es éste un argumento suficiente para contemplar ambos perfiles formativos al margen del Derecho o la Abogacía?.

La necesidad de conocer y ofrecer una excelencia clínica en la aplicación de estas Terapias y métodos de intervención no pasa por la creación de nuevas disciplinas sanitarias ni por la segregación competencial de las ya existentes, sino por el desarrollo pleno, completo y de calidad de un cuerpo de especialidades que enriquezca, profundice y desarrolle académica y profesionalmente la titulación de Fisioterapia.

No es cierto que entorno a la quiropraxia o la osteopatía exista un déficit normativo. Solo es necesario respetar y aplicar escrupulosamente la normativa vigente.

No es cierto que “la falta de regulación” abra las puertas a la disparidad formativo-académica. La práctica de la quiropraxia o la osteopatía solo es posible bajo la disciplina de la Fisioterapia u otra Titulación oficial homologada a la primera.

En este Estado, no existen las figuras profesionales de Quiropráctico, ni Osteópata, ni masajista terapeuta,... Mención aparte merecerían los/as colegas fisioterapeutas que se identifican con alguna de estas inexistentes figuras profesionales, en un absurdo y acomplexado intento de enriquecer sus currículums.

**¡Que no nos confundan ni consigan confundir al ciudadano!.**

**\* ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio.**- Métodos específicos de intervención en Fisioterapia- Comprender y realizar los metodos y tecnicas especificos referidos al aparato locomotor (incluyendo terapias manuales, terapias manipulativas articulares, osteopatía y quiropraxia), a los procesos neurologicos, al aparato respiratorio, al sistema cardiocirculatorio y a las alteraciones de la estatica y la dinamica. Metodos y tecnicas especificas que tengan en cuenta las implicaciones de la ortopedia en la fisioterapia, tecnicas terapeuticas reflejas, así como otros metodos y tecnicas alternativas y/o complementarias cuya seguridad y eficacia este demostrada segun el estado de desarrollo de la ciencia.

DE CONFORMIDAD con el art. 12.9 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre

**“Acto Fisioterápico.**- En el ámbito clínico, se entiende como el proceso de atención fisioterapéutico, el cual incluye: la obtención de datos exploratorios y su valoración, la elaboración del diagnóstico fisioterápico, la planificación y promulgación del tratamiento fisioterapéutico, su ejecución mediante procedimientos manuales e instrumentales, la evaluación de los resultados alcanzados, el establecimiento e implementación de los registros pertinentes o, en su caso, de la historia clínica, la elaboración de informes sobre la evolución del paciente y de alta del tratamiento fisioterápico. Todo ello, basándose en las consecuencias de las alteraciones del estado de salud en el movimiento y con el objetivo de prevenir, tratar y reeducar tales alteraciones, restaurando el movimiento funcional en un entorno biopsicosocial y en todas las áreas clínicas y ámbitos laborales.” **Resolución 06/2012 C.G.C.F.**

**Roberto Romero  
Comisión de Intrusismo**

**Instituto Alcalá de Ciencias y Especialidades de la Salud**  
Fundación Tripartita  
I.A.C.E.S.

APUESTA por la FORMACIÓN CONTINUA y por un DESARROLLO PROFESIONAL de CALIDAD

**CONTACTO SEDE CENTRAL**  
[www.iaces.es](http://www.iaces.es)  
[informacion@iaces.es](mailto:informacion@iaces.es)  
91 713 02 67

**SEDE SAN SEBASTIÁN**

**CURSO DE: CONCEPTO MULLIGAN**

**1 SEMINARIO:**  
31 de Mayo, 01 y 02 de Junio

**LUGAR DE REALIZACIÓN:**  
**SEDE DOCENTE:**  
Dirección: C/ Escolta Real, Nº32 20012 Bajo Población San Sebastián (Donostia)

**PRECIO:**  
420€

**PROFESORADO:**  
**D. FRANCISCO NETO**

Es el único profesor oficial del Concepto Mulligan en la Península Ibérica. Actualmente, imparte cursos sobre el Concepto Mulligan, y otros en el área de la Terapia Manual, en Portugal, España, Francia, Suiza y Malta.



# El acoso

Desde la Asesoría Jurídica Colegial vamos a intentar haceros un breve resumen jurídico de qué es y qué supone el acoso laboral o “mobbing” situación que podemos calificar –sin lugar a dudas- como una lacra muy peligrosa para todos/as, que existe y que causa profundos sinsabores ya que se dirige esencialmente contra el significado de la dignidad de la persona (art.10.1º CE 1.978).

Lo primero que debemos tener en consideración, antes de nada, son dos cosas: por un lado que el mobbing es diferente del acoso sexual en el trabajo y la segunda cuestión es que la legislación y la jurisprudencia interpretativa parten de una base lógica y realista, esto es consideran que el mundo laboral es un ámbito de tensiones y conflictos en los que se dan imposiciones de orden y disciplina obligadas por propias razones de organización empresarial de tal forma y manera que no cualquier situación de tensión implica la existencia de supuesto de acoso laboral.

Así las cosas, de forma básica, una situación de acoso moral se caracteriza por la existencia de conductas lesivas no deseadas susceptibles de causar un daño, por el menoscabo de la dignidad de la persona acosada, por una repetición duradera en el tiempo y por tratarse, finalmente, de hechos producidos en el lugar o con ocasión del trabajo. Los ejemplos más estudiados jurisprudencialmente de acoso moral son: el impedir la comunicación adecuada de la víctima en su entorno laboral, el impedir o dificultar a la víctima el establecimiento de contactos sociales, y también han sido examinados con exhaustividad los descréditos en la reputación personal y/o profesional de la víctima. Señalar en relación a la reiteración que -sin perjuicio de que puede haber supuestos extremos en que la intensidad sea de tal calibre que no se precise una gran reiteración- lo cierto y verdadero es que las sentencias suelen utilizar el periodo de 6 meses para establecer la presencia de una conducta constitutiva de acoso moral, siendo excepcionales los supuestos en los que se utilizan periodos de tiempo inferiores.

En relación a esta materia procede una última observación-recordatorio dirigida a las empresas, a los trabajadores y a las víctimas de los acosos morales: a las empresas se les debe concienciar de que los supuestos de mobbing conllevan severos riesgos económicos y que el tolerar actitudes de esta naturaleza implica la causación daños reputacionales de gran calibre; a los trabajadores no víctimas se les debe recordar que la complicidad no ayuda en estas ocasiones a nadie y que forman parte del entorno de prevención de este grave riesgo psicosocial; y a las propias víctimas del acoso laboral se les debe recordar la existencia de una institución eficaz en la represión de estas conductas denominada Inspección de Trabajo.

En la esperanza de que este sintético artículo sirva -aunque sea en un poco- para erradicar la más mínima posibilidad de que en vuestro ámbito profesional se produzcan situaciones como las descritas nos despedimos, atentamente, desde la Asesoría Jurídica Judicial.

**Seve Setién**  
Asesoría Jurídica del COFPV



# Laboral ¿Qué es y qué hacer?



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 nuevo y ampliado 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

Fax: 94 402 01 56

e-mail: setien@cofpv.org



# Tablón de Anuncios

Se ofrece espacio en consulta de cirugía ortopédica para el establecimiento de la actividad profesional de la fisioterapia General Concha 32 bis ent.

Bilbao

Tfno. 946 424 037

Se ofrece consulta para prestación de servicios, en la Clínica Euskalduna, en horario de mañana y/o tarde.

Requisitos:

- Alta en autónomos
- Formación en Pilates e Hipopresivos
- Preferentemente, cartera propia de pacientes.

**Cualquier persona interesada, puede ponerse en contacto con nosotros en el número de teléfono 944 101 137**

Se vende diferente material para consulta de fisioterapia:

- Camilla Eléctrica de 2 cuerpos, regulación de altura mediante motor eléctrico con mando de pie
  - Precio real 1179 euros, y se vende por 750 euros
- Taburete Pony con base de aluminio, asiento basculante, giratorio y regulable en altura por gas
  - Precio real 230 euros, y se vende por 125 euros
- Aparato de electroterapia Cefar Physio 4
  - Precio real 1400 euros, se vende por 650

Precio por compra conjunta 1300 euros

Se vende por separado o conjuntamente

Material en muy buen estado, como nuevo ( se vende por cese de consulta )

**Interesados llamar al 665882407**

Para todos aquellos/as interesados/as en vender o comprar bienes o artículos para fisioterapeutas, tenéis a vuestra disposición la sección Tablón de Anuncios de la web del COFPV.

Podéis mandar los anuncios a: [comunicacion@cofpv.org](mailto:comunicacion@cofpv.org)

Se traspasa negocio de clínica de fisioterapia en el centro de San Sebastian, completamente equipado, con la bolsa de clientes, página web y publicidad actualizada.

Precio negociable.

**Para más información: [contacto@fisioterapiadonostialdea.com](mailto:contacto@fisioterapiadonostialdea.com) o teléfono 943 423 212**

Se vende o traspasa centro de fisioterapia y terapias manuales en Barakaldo por no poder atender.

Situado a pie de calle, cerca de la salida de metro , consta de 105 mtros distribuidos en recepción, sala de espera, despacho, tres box , gimnasio y dos baños, uno de ellos adaptado para minusválidos .

Centro totalmente EQUIPADO y en pleno funcionamiento con amplia cartera de clientes, trabajamos con particulares, seguros y abogados( tráfico).

**Interesados/as llamar al 635727340 (Asier)**

Vendo aparato de Magnetoterapia Enraf PTM QUATTRO PRO, con dos solenoides independientes.

Muy poco uso.

Precio: 4000 euros.

Envío gratuito a toda España.

**E-mail: [patriciagarciaferrandez@hotmail.com](mailto:patriciagarciaferrandez@hotmail.com)**

Interesada en comprar un Ultrasonido de segunda mano

Precio 500-1100

**E-mail: [ikernebadiola@gmail.com](mailto:ikernebadiola@gmail.com)**

**665745209**

Se alquila lonja en zona muy céntrica de Basauri, Plaza venta, ideal para consulta de fisioterapia.

Es una zona muy céntrica dónde hay un parque y dónde hay mucho movimiento de personas.

**Interesados/as llamar directamente al 689 227 178**

*Fisioterapeutei zuzendutako ondasunak eta gauzak saldu edo erosi nahi dituzuen guztiok Iragarki Taula erabil dezakezue EFEOren webgunean.*

*Horrez gain, zuen iragarkiak bidal ditzakezue helbide honetara: [comunicacion@cofpv.org](mailto:comunicacion@cofpv.org)*

# Administrazioak jakinarazten du

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

- La cuota colegial (124€) del segundo semestre de 2014 se pasará a lo largo de la **primera quincena del mes de Julio de 2014**.
- Está disponible en nuestra página Web la Solicitud de Traslado de Expediente, para los/as colegiados/as que vayan a trabajar a otra Comunidad por un **período de tiempo superior a 6 meses**. Para tramitar la Solicitud de Traslado de Expediente, tenéis que rellenar la ficha y mandárnosla por **correo ordinario** junto con el carnet colegial. Cualquier consulta no dudéis en llamar al 944020155 (Administración del COFPV).
- 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)**.

Maite Redondo, Iratxe Abasolo y Sonia López  
Administración del COFPV

Elkargokide hori:

Administraziotik hauxe gogorazi nahi dizugu:

- 2014ko bigarren seihilekoari dagokion elkargokide kuota (124€) **2014ko uztailaren lehenengo hamabostaldian** helaraziko zaizue.
- Eskura dago gure Webgunean Espediente Aldaketaren Eskaera, **6 hilabetetik gorako denboraldi batez** lanera beste Elkargo batera doazen elkargokideentzat. Espediente Aldaketaren Eskaera tramitzeko, fitxa bete eta **posta arruntez** bidali behar diguzue elkargoko txartelarekin batera. Edozein kontsulta badaukazue, ez egon zalantzan eta deitu 944020155 telefono zenbakira (EFEOeko Administrazioa).
- Fisioterapiako zentroa daukazuen elkargokideoi gogoarazten 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)**.

Maite Redondo, Iratxe Abasolo eta Sonia López  
EFEOeko Administrazioa



## Endura Tape

La venda original para su uso en la técnica McConnell

Jenny McConnell utiliza exclusivamente la venda Endura Tape y es la única marca de vendaje que recomienda para la aplicación de su método de tratamiento.

### SPORT-TAPE

Endura Sport Tape 25 mm. x 13,7 m. Beige.  
Endura Sport Tape 38 mm. x 13,7 m. Beige.  
Endura Sport Tape 50 mm. x 13,7 m. Beige.

### FIX-TAPE

Endura Fix 50 mm. x 10 m. Blanco.  
Endura Fix 100 mm. x 10 m. Blanco.

### ENDURA-KIT

Endura Kit:  
Endura Sport Tape 38 mm. + Endura Fix 50 mm.



Para compra directa consulte con el  
distribuidor más cercano

**BIOCORP**  
IMPORTADOR OFICIAL PARA ESPAÑA

www.biocorp.es



## OFERTAS DE EMPLEO



### ARABA

Gimnasio céntrico de Vitoria busca Fisioterapeuta autónomo. Espacio cómodo e ideal para el desarrollo de la actividad. Amplio horario. Servicio complementario

**Enviar currículum a [gerenciavitoria@altafit.es](mailto:gerenciavitoria@altafit.es)**

Se busca fisioterapeuta para centro privado en Vitoria.

Se valorará formación en Pilates, Gimnasia Abdominal Hipopresiva, Osteopatía o Terapia Manual.

**Enviar currículum a [akari@akarifisioterapia.com](mailto:akari@akarifisioterapia.com)**



### BIZKAIA

Se busca diplomado/a en fisioterapia para clínica privada en Leioa.

Se ofrece contrata y alta en SS, 6 horas de lunes a viernes, en jornada partida.

Imprescindible conocimientos de Pilates.

Se valorara conocimientos de fisioterapia deportiva, suelo pélvico, osteopatía, fisioestetica...

**Interesados enviar curriculum a [info@fisioterapialeioa.com](mailto:info@fisioterapialeioa.com)**

Sanitas busca fisioterapeuta colegiado dado de alta en el régimen de autónomos para Bermeo.

Honorarios en función de las horas trabajadas.

**Interesados enviar curriculum a [mperezc@sanitas.es](mailto:mperezc@sanitas.es)**

Se precisa fisioterapeuta para pequeña clínica.

Requisitos:

-ATM y/u osteopatía

-kinesiotaping

**Interesados enviar curriculum a [clinica.axis.ortuella@gmail.com](mailto:clinica.axis.ortuella@gmail.com)**

Se necesita fisioterapeuta autónomo para las tardes en centro situado en Urduliz.

Se valoraran la experiencia profesional y la formacion complementaria continuada.

Imprescindible experiencia en terapia manual.

**Interesados/as enviar curriculum a [fisioterapiacentrua@gmail.com](mailto:fisioterapiacentrua@gmail.com)**

Centro de fisioterapia en Sestao busca fisioterapeuta para cubrir 3 mañanas a la semana ( 12h/ semana).

**Mandar curriculum al email [afisioyartu@hotmail.es](mailto:afisioyartu@hotmail.es)**



### GIPUZKOA

Centro de Rehabilitación y Fisioterapia en Donostia requiere de un/a fisioterapeuta con conocimientos de RPG o SGA.

**Interesados enviar CV a [amaialopez.e@gmail.com](mailto:amaialopez.e@gmail.com)**

Se necesita fisioterapeuta para clínica privada en Donostia.

Contrato laboral.

Horario de tardes.

**Interesados enviar c. v a [kerkus@haritzacristobal.com](mailto:kerkus@haritzacristobal.com)**

Se necesita fisioterapeuta con experiencia en terapia manual para consulta situada en Irun.

**Interesados enviad CV a [fisiotcv@gmail.com](mailto:fisiotcv@gmail.com)**

Busco un Fisioterapeuta con especialidad en Reeduación Postural Global (RPG) o Stretching Global Activo, con experiencia en trabajo personalizado y conocimientos de preparación física personalizada para puesto de readaptador físico.

Obligatorio, que sea cercano a Donosti y que tenga vehículo propio.

**Para contactar conmigo pueden enviar el cv a [info@ssukunza.com](mailto:info@ssukunza.com)**

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

2372	Miguel Ángel	Pino Reyes
2374	Elena	Gamarra Angoso

### Bizkaia

1064	Mirian	Echazarra Álvarez
2298	Zohiartze	Moral Atela
2370	Cristina	Mera Costoya
2371	Sergio	Manero Cuesta
2373	Estibaliz	Malaxetxebarria Monasterio
2377	María del Pilar	Godoy Ramírez
2378	Iñigo	Aperribay Urrutia
2381	Aura - Milena	Tudor
2382	Berezi	Garcés Echevarria
2383	Miren	Armero Zubero
2384	Markel	Simón Zabala
2385	Nagore	Cordeiro del Valle
2386	Elisabeth	País Sousa
2387	Raquel	Regaliza Carrera
2389	Jone	Zabala Artetxe
2390	Ainara	Ruiz Llamosas
2392	Nerea	Iribar Arginzoniz
2393	Alex	Lezertua Libano

### Gipuzkoa

2375	Olatz	Agirregabiria Beristain
2376	Ángel María	López Cáceres
2379	Miren	Arzak Vesga
2380	Ane	Roteta Aldaz
2388	Jon Danel	Irurzun Rodríguez
2391	Maidier	Mayoral Miguel



**Nota: Desde el 30 de enero hasta el 7 de mayo de 2014 ha habido 26 nuevas colegiaciones.**  
Actualmente, el Colegio cuenta con 1.909 colegiados/as.

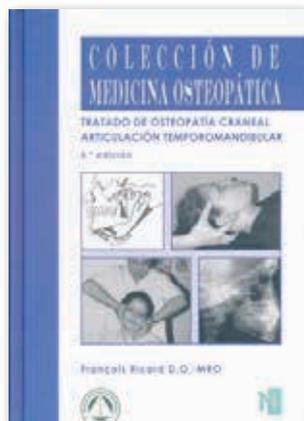
*Oharra: 2014ko urtarrilaren 30etik maiatzaren 7ra bitartean, 26 elkargokide berri eroldatu dira.*  
*Horrenbestez, Elkargoak 1.909 kide ditu gaur egun.*



**OLATZ BASTERRETXEA ANDUEZA**  
Fisioterapeuta  
Falleció el día 22 de marzo de 2014,  
a los 38 años de edad

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco y tus compañeros/as de profesión manifiestan su profunda consternación por esta pérdida y desean transmitir a tus familiares y amigos su más sincero pésame.

**Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco**



**COLECCION DE MEDICINA OSTEOPATICA.  
TRATADO DE OSTEOPATIA CRANEAL.  
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR**

**Ricard, F.**

ISBN-13 9788494112225  
Publicado Febrero 2014  
Edición 3ª  
Idioma Español  
Páginas 1.024  
Peso 2.042 gramos  
Dimensiones 18 x 25 x 5 cms.  
Editorial MEDOS

**INDICE**

1. EMBRIOLOGÍA Y CRECIMIENTO DEL SISTEMA MASTICADOR
2. ANATOMÍA DEL CRÁNEO
3. OSTEOLOGÍA DEL MACIZO FACIAL
4. ARQUITECTURA DEL CRÁNEO Y DE LOS HUESOS DE LA CARA
5. FORMA DE LA CABEZA
6. ARTROLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR
7. MIOLOGÍA DEL SISTEMA MASTICADOR
8. FISIOLÓGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR
9. LA OCLUSIÓN DENTAL
10. LA MASTICACIÓN
11. LA FISIOLÓGÍA ARTICULAR CRANEAL
12. LAS PATOLOGÍAS DE LOS MAXILARES
13. INFLUENCIA DE LA PATOLOGÍA OSTEOPÁTICA CRANEAL SOBRE EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
14. EL SISTEMA NEUROVEGETATIVO CÉRVICO-CRANEAL Y SUS PATOLOGÍAS
15. DISFUNCIONES SOMÁTICAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR
16. ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR Y WHIPLASH
17. OCLUSIÓN DENTAL Y POSTURA
18. EL SISTEMA HIOIDEO
19. LA LENGUA
20. SEMIOLOGÍA DE LOS NERVIOS CRANEALES
21. LAS ALGIAS DE LA EXTREMIDAD CEFÁLICA
22. PATOLOGÍA ORL Y OSTEOPATÍA
23. LOS VÉRTIGOS
24. ACÚFENO O TINNITUS
25. LAS SINUSITIS
26. OFTALMOLOGÍA Y OSTEOPATÍA
27. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS ESTOMATOGNÁTICOS
28. EL DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO CRANEAL
29. TÉCNICAS DE OSTEOPATÍA CRANEAL
30. TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS PARA LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR
31. FISIOTERAPIA DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR

*Para obtener el descuento conveniado con Librería Axón, es imprescindible indicar que perteneces al COFPV y el número de colegiado, tanto para los pedidos telefónicos al 91 593 99 99, por fax al 91 448 21 88 o por correo electrónico a axon@axon.es. Si se realiza el pedido por la página web en www.axon.es, introduzca dichos datos en la casilla de observaciones.*

**BIBLIOTECA COLEGIAL  
Novedades**

**Neurodinámicas y Lesiones Nerviosas Periféricas**

- ONCE
- Año: 2014
- Idioma: Español
- Editorial: ONCE

**Música, Musicoterapia y Discapacidad**

- Martí Augé, Patricia
- Mercadal – Brotons, Melissa
- Año: 2012
- Idioma: Español
- Editorial: JIMS

**Musicoterapia en Psiquiatría**

- Serafina Poch Blasco
- Año: 2013
- Idioma: Español
- Editorial: JIMS

**Manual para la atención de la Esclerosis Lateral Amiotrófica**

- ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ANDALUCÍA; ASOCIACIÓN DE ELA DE ANDALUCÍA
- Año: 2013
- Idioma: Español
- Editorial: ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ANDALUCÍA

**Guía de práctica clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina**

- ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ANDALUCÍA
- Año: 2013
- Idioma: Español
- Editorial: ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ANDALUCÍA

**Síndromes dolorosos en el cuello y el miembro superior**

- Fernández de las Peñas, C.
- Año: 2013
- Idioma: Español
- Editorial: ELSEVIER

**Para todos aquellos que necesitéis o queráis sugerir algún libro, CD multimedia o cualquier otro formato, podéis solicitarlo en la secretaría del Colegio e intentaremos conseguirlo. Gracias por vuestra colaboración.**

# Soluciones que van allá

Oferta exclusiva para  
**Colegiados**



## UN SEGURO DE AUTO <sup>(1)</sup> DISEÑADO PARA TI

Más allá de un seguro de auto...  
Disfrutarás de las máximas coberturas que  
te ofrece el mercado a un precio exclusivo.

Además, tendrás coberturas

### EXTRA PARA COLEGIADOS

- En los casos de **robo de maletas y ropa de vestir de uso personal**, siempre que se produzcan en el interior del vehículo y en el transcurso de un viaje fuera de la población de residencia habitual, la Compañía indemniza al asegurado hasta un máximo de **300 €**.

En caso de reparación por siniestro, ya sea con seguro a terceros o todo riesgo, disfrutarás de estos servicios totalmente gratuitos en una red de más de 800 Talleres Colaboradores<sup>(2)</sup>

- **Recogida y entrega de tu coche** en el lugar que desees (distancia máxima a confirmar por el taller).
- Ampliación de la garantía de post-reparación de la carrocería a 6 meses.
- **Coche de cortesía**, según disponibilidad del taller, mientras dure la reparación.
- Limpieza del coche, revisión de líquidos, faros y neumáticos.

Llama ahora al  
**944 354 600**  
e infórmate

Teléfono exclusivo  
para Colegiados  
comercializado  
por SegurMec



Nº Registro DGSFP J-1.281 Concertado Seguro  
de R.C. y de Caución conforme a la Ley 26/2006



El seguro de auto ofrecido es el resultado del asesoramiento independiente y objetivo prestado por SEGURMEC, Correduría de Seguros S.L., quien entre seguros del mismo tipo de distintas entidades aseguradoras ha propuesto los que según su criterio profesional mejor se adaptan a los colegiados.

(1) Aseguradora: Zurich Insurance plc. Sucursal en España. Coberturas sujetas a lo indicado en las condiciones generales y particulares de la póliza.

(2) Los servicios son ofrecidos por la Red de Talleres Colaboradores Zurich. Para más información visita [www.zurich.es/seguro/areadeclientes/siniestros/siniestros-coche/talleres.htm](http://www.zurich.es/seguro/areadeclientes/siniestros/siniestros-coche/talleres.htm)

# ¡ESPECIALÍZATE EN NEUROLOGÍA!



## Hidroterapia Método Bad Ragaz



PROFESOR: Johan Lambeck.

FECHAS: 27, 28 y 29 de junio de 2014.

DURACIÓN: 30h.

LUGAR: Vitoria - Gasteiz.

## Parálisis Cerebral Bobath



PROFESORA: Adriana Moschini.

FECHAS: septiembre de 2014.

DURACIÓN: 20h.

LUGAR: Vitoria - Gasteiz.



## DNHS® Niveles I y II



PROFESOR: Dr. Pablo Herrero.

FECHAS: 16, 17 y 18 de enero de 2015

27, 28 de febrero y 1 de marzo de 2015.

DURACIÓN: 36h.

LUGAR: Vitoria - Gasteiz.

# PRÓXIMAMENTE

## Movimiento Normal



## Básico Bobath



## Concepto Bobath en Pediatría



## Método Perfetti



Solicitada la acreditación  
a la Comisión de Formación  
Continuada de todos los cursos

INSCRIPCIÓN  
Y MÁS INFO  
EN FISUN.ES

ESTA FORMACIÓN  
PUEDE SALIRTE  
GRATIS

Fundación  
Tripartita

**Fisun**

Fisioterapia Especializada

[www.fisun.es](http://www.fisun.es)

