



ELKARBERRI

Revista trimestral del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco
Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala Hiruhilabetekaria

N^o 28

Depósito Legal: BI-945-05

Ejemplar gratuito

Nº 28 Abril-Junio 2010 / 2010eko Apirila-Ekaina

Formación:

Administrar con éxito proyectos y centros de Fisioterapia. Crecer en tiempos de crisis (PME)

Pilates para fisioterapeutas; suelo y máquinas

Reeducación Postural: evaluación, diagnóstico y tratamiento

Introducción a la Fisioterapia Respiratoria

Kinesiotaping: KT3

Artículos:

Papel del músculo subescapular en la patomecánica del hombro

Tratamiento del dolor residual posterior tras esguince de tobillo en el deporte

Koloredun azalak

Noticias:

Nueva Junta de Gobierno

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco / Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala

Rafaela Ibarra, nº 8 – 1º Izda • 48014 Bilbao (Bizkaia)

Tel. 94-4020155 Fax: 94-4020156 cofpv@cofpv.org © 2008

GRACIAS POR VUESTRA CONFIANZA...

Como todos y todas sabéis, el pasado mes de Febrero fueron convocadas unas nuevas Elecciones a Junta de Gobierno del C.O.F.P.V. Los miembros en activo junto con cinco nuevas incorporaciones, presentaron su candidatura y ésta, ha sido reelegida tras la resolución final del proceso electoral. La ausencia de más participaciones la identifico, no con el pesimismo de la pasividad sino como un signo de la confianza y buena empatía depositada en esta Junta de Gobierno.



IBAN ARRIEN CELAYA
Presidente del COFPV
EFEO-eko Lehendakaria

El nuevo equipo gestor está formado por doce personas. Ha sido nuestra intención aglutinar a un grupo de mujeres y hombres con un enriquecedor y variado perfil profesional y humano; siete de ellas con una amplia experiencia en esta siempre estimulante aventura y otras cinco que, de una manera generosa y solidaria, han decidido incorporarse y proyectar así su valía personal y profesional a esta Institución.

Son muchos los campos de la Fisioterapia, tanto del ámbito público como privado, los que se consiguen así aglutinar; variados, los intereses y sensibilidades profesionales; completa y ecuánime, la representación de los tres territorios vascos; enriquecedor el aporte y experiencia de los veteranos, con la nueva y joven savia; una enorme valía individual que a buen seguro, sabrá encontrar óptimos resultados como equipo.

Con relación a nuestra nueva guía de ruta, no quiero prometeros retos desajustados o ajenos a la realidad de nuestras posibilidades. Sin embargo, no tengáis la más mínima duda de que, por nuestra parte, mantendremos la misma actitud responsable, dialogante, dinámica y ambiciosa, asumiendo a su vez la valentía de nuevos proyectos y de nuevos senderos donde caminar.

¡Adelante! Hay muchas cosas aún por hacer y otras muchas empezadas por mejorar. Este es el momento de llevarlas a cabo. Contad con nuestra ayuda, adoptad y participad del Colegio con absoluto protagonismo. Os invito a que lo miréis con el orgullo de ver crecer lo que es vuestro.

Iban Arrien Celaya

ESKERRIK ASKO ZUEN KONFIANTZAGATIK...

Denok dakizuen bezala, joan den otsailean hauteskundeak egin ziren EFEOko Gobernu Junta berria aukeratzeko. Lehendik aktiboan zeuden kideek eta beste bost hautagai berrik aurkeztu zuten beren candidatura, eta, berrautatua gertatu zen hauteskunde prozesuaren azken erabakiaren arabera. Partaide gehiago aurkeztu ez izana ez da hartu behar, nire ustez, pasibotasun eta pesimismoaren adierazgarritzat, baizik Gobernu Junta honetan jarria daukagun konfiantzaren eta enpatia onaren seinaleztat.

Talde gestore berria hamabi pertsonak osatzen dute. Gure asmoa izan da gizon eta emakumez osaturiko talde bat eratzea, giza eta profesional mailako profil askotariko eta aberasgarri batez hornitua alegia; horietako zazpi esperientzia zabala dute gure abentura beti kilikagarri honetan; eta beste bostek, era eskuzabal eta solidario batean, taldean sartzea erabaki dute, beren balio pertsonal eta profesionala Erakunde honen zerbitzura jartzeko.

Askok dira era honetan bateratzea lortzen den Fisioterapiaren arloak, bai eremu publikokoak eta bai pribatukoak; askotarikoak interes eta sentikortasun profesionalak; erabatekoa eta zuzena hiru euskal lurraldeen ordezkaritza; aberasgarria beterranoen ekarpena eta esperientzia uztartzea etorri berrien suhertasun gaztearekin; ezbaierik gabeko balio individualak, zalantza gabe ekipoaren emaitzarik bikainenetan islatuak geratuko direnak.

Gure bide mapa berriari dagokionez, ez dizuet aginduko dauzkagun ahalbideen errealitatetik kanpo geratzen den lorpenik. Halere, ez ezazue zalantzarik eduki guk, geure aldetik, betiko jarrera arduratsu, ireki, dinamiko eta goranahia mantenduko dugula, eta betiere ausartasunez onartuko ditugula proiektu berriak eta aurrera jarraitzeko bide berriak.

Aurrera! Oraindik gauza asko dauzkagu egiten hasteko, eta beste asko egiten hasiak baina hobetzeko. Oraitxe da horretarako unea. Badakizue laguntzeko prest gauzkazuela. Onartu eta balia ezazue Elkargoa erabateko protagonismoaz. Begira iezaiozue norberarena den zerbaiz hazten ikustean begiratu ohi zaion harrotasunarekin.

Iban Arrien Celaya

SUMARIO

LABURPENA

Editorial	2	Editoriala
Anuncios	3-4	Iragarkiak
Formación	5-9	Prestakuntza
Artículos	11-15	Artikuloak
Asesoría Jurídica	16	Legazkoa
Artículos	18-21	Artikuloak
Buzón del Colegiado	22	Elkargokidearen Buzoia
Dependencia	23	Menpekotasuna
Entrevista	24-25	Elkarrietzeta
Intrusismo	26-27	Sarkoikeria
Noticias	28-29	Berriak
Libros	30	Liburuak

Presidencia y Dirección: Iban Arrien Celaya
Coordinación: Josu Ruiz de Velasco Artaza
Realización y maquetación: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo COFPV
Fotografía: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo del COFPV
Edita: Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco
Publicación trimestral: 1750 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 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
Kordinazioa: Josu Ruiz de Velasco Artaza
Gauzatzea eta maketazioa: EFEO-ko Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea
Argazkigintza: EFEO-ko Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea
Argitalpena: Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala
Hiruhilabeteko argitalpena: 1750 ale.
Elkargokideei emateko dohainezko alea

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

Elkarberria eta EFEO ez dira iragarkien edukiaren arduradunak egiten, ezta argitaratutako artikuluen edukiarena, beraien egileen iritzia delako.

OFERTAS DE EMPLEO

ARABA

Centro de fisioterapia de Vitoria necesita fisioterapeutas con conocimientos de Osteopatía.

L@s interesad@s enviar currículum a:

+ Info: info@fisun.es

Se precisa la colaboración de un fisioterapeuta para un servicio de una hora diaria en las instalaciones de una empresa ubicada en la zona de Amurrio.

Se requiere preferentemente residencia en el valle de Ayala (Amurrio, Llodio, etc).

Remuneración: 30 €/h. Periodo: Marzo-Julio. Horario: Primera hora de la mañana (Aprox. 7:00 de la mañana).

Enviar C.V. a: seleccion@ngformacion.com

Centro Médico Privado en Llodio solicita fisioterapeuta para cubrir tardes de lunes a viernes de 16,00 a 20,30 horas.

Interesados enviar currículum a:

+ Info: cma@cmaiala.com

BIZKAIA

Se necesita fisioterapeuta para un centro de disminuidos físicos en Sestao (Bizkaia). Contrato de 30 horas: mañanas de 9 a 14 horas y dos tardes a la semana. Interesad@s mandar currículum a:

+ Info: saiatu@sarenet.es bidaideak6@sarenet.es

Se busca fisioterapeuta para trabajar por las tardes en Bilbao.

+ Info: fisiomol@live.com

GIPUZKOA

El servicio de tratamiento corporal, masajes y tratamientos similares del Polideportivo Arteleku de Irún ha abierto a concurso la plaza para un fisioterapeuta.

Para más información, consultar en la web.

<http://www.irun.org/irunkirol/>

+ Info: kirolak@irun.org

Centro de fisioterapia de Donostia necesita fisioterapeutas con conocimientos en Osteopatía, DLM, Pilates.

L@s interesad@s enviar currículum a:

+ Info: contacto@servifisio.com

Se necesita chico fisioterapeuta para centro de rehabilitación en Donostialdea. Enviar C.V. a:

+ Info: fisiotaldeia@hotmail.com



Hurtado de Amézaga, 50
48008 Bilbao

Telf: 944 439 966/62
Fax: 944 218 440

-Centro de ayudas técnicas

- Artículos de rehabilitación

- Ortopedia técnica

- Geriatria

- Mobiliario clínico

- Especialistas en sedestación

Establecimiento concertado con Osakidetza para la dispensación de especialidades orto-protésicas

ANUNCIOS SECRETARÍA

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

• El horario de verano del COFPV, desde el 15 de junio hasta el 31 de agosto, será el siguiente:

- Lunes: De 14.30 horas a 21.00 horas

- De Martes a Viernes: De 8.00 horas a 14.30 horas

• La cuota colegial (116 €) del segundo semestre de 2010 se pasará a lo largo de la **primera quincena del mes de Julio de 2010**.

• Las Solicitudes de Baja de las personas que no quieran seguir colegiadas en el COFPV a partir del segundo semestre de 2010 deberán llegar al Colegio **antes del 1 de julio** y así no se les pasará la segunda cuota colegial de este año. La Solicitud de Baja podéis descargarla de nuestra página Web.

• Igualmente, 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 **periodo de tiempo superior a 6 meses**. Para tramitar la Solicitud de Traslado de Expediente, debéis rellenar la ficha y mandárnosla por **correo ordinario** junto con el carné colegial. Cualquier consulta no dudéis en llamar al 94 402 01 55.

Maite Redondo
Administración del COFPV

Elkargokide hori:

Administratziotik haxe gogorazi nahi dizugu:

• EFEOeko udako ordutegia ekainaren 15etik abuztuaren 31a arte izango da, eta haxe da:

- Astelehenean: 14.30etatik 21.00etara

- Asteartetik Ostiralerara: 8.00etatik 14.30etara

• 2010eko bigarren seihilekoari dagokion elkargokide kuota (116 €) 2010eko **uztailaren lehenengo hamabostaldian** helaraziko zaizue.

• 2010eko bigarren seihilekotik aurrera elkargokide izaten jarraitu nahi ez duten pertsonen Baja Eskabideak **uztailaren 1a baino lehen** iritsi behar dute Elkargora; bestela aurtengo bigarren seihilekoari dagokion elkargokide kuota helaraziko zaie. Baja Eskabidea jaitsi dezakezue gure Web gunetik.

• Era berean, eskura dago gure Webgunea espediente Aldaketaren eskaera, **6 hilabetetik gorako denboraldi batez** lanera beste Erkidego batera doazen elkargokideentzat. Espediente Aldaketaren Eskaera tramitatzeko egin behar duzue, fitxa bete eta **posta arruntaz** guri igorri elkargoko karnetarekin batera. Edozein kontsulta dela, ez egon zalantzan eta deitu 94 402 01 55 telefono zenbakira.

Maite Redondo
EFEOeko Administrazioa



TABLÓN DE ANUNCIOS

Se vende material de fisioterapia seminuevo.

FOTOS DE TODO ELLO EN LA WEB DE COFPV:
www.cofpv.org (en la pestaña "tablón de anuncios):

- Camilla de RPG, de madera, con todos los accesorios.
- Camilla de 2 cuerpos, de madera de haya, acanalada, Enraf-Nonius.
- Jaula Rocher (con extensión para autopasivos de hombro desmontable), y todos los accesorios de la jaula, y camilla acanalada para jaula de madera de haya, Enraf-Nonius. Posibilidad de venta de los artículos por separado.
- Autopasivos de hombro, Enraf-Nonius.
- Tracción cervical, y sacos para ello. Enraf-Nonius.
- Electroterapia: Endomed 982 y tarjeta de 100 tratamientos "Enraf Card 100", con su libro de instrucciones. Enraf-Nonius.
- Ultrasonidos: Sonopuls 590, (1 MHz y 3 MHz), con 2 cabezales de tratamiento 5 cm² y 0'8 cm², con su libro de instrucciones. Enraf-Nonius.

Teléfono de contacto: **608773399**, o por email:
elurtza@hotmail.com.

Persona de contacto: Elurtza Etxebeste.

Se traspasa Centro de Fisioterapia en funcionamiento (100 m²).
Zona: Gran Bilbao
+ Info: **traspaso.fstpgbilbo@hotmail.com**

Azkoitian jardunean dagoen fisioterapia zentru bat eskualdatzen da. Oso ongi kokatua dago, 60 m² inguru ditu, 2 kabina eta gimnasio batekin. Aseguru etxe batzuekin ere (Lagun Aro, Sanitas, Euskal Herriko Mendi Federakuntza eta Sasfal besteak beste) adostuta lan egin dugu. Interesdunak telefono zenbaki honetara dei dezakete: **943026644**

Se vende lonja en Sestao. Los últimos cinco años funcionando como gabinete de fisioterapia, ideal para terapias manuales. Tlf. **646395204**. Preguntar por Fernando

Clínicas de odontología integral ubicadas en Bilbao (Alameda Urquijo), y Portugalete (El Ojillo) alquilan gabinetes a fisioterapeutas colegiados a tiempo parcial o completo, para desarrollo de su propio negocio, aprovechando la relación con la parte odontológica. Clínicas céntricas ubicadas a pie de calle, con boca de metro y parking públicos cercanos, construcción en 2009 y operativas. Profesionales interesados llamar al **944010013** (Srta. Vanesa).



HOUSE OF QUALITY BRANDS



Soluciones para la salud
en los ámbitos músculo-esquelético y vascular

AIRCAST

CefarCompex

chattanooga

Compex

DONJUDY

Empi

ARTROMOT®

PROCARE

brands of **DJO**

DJO Ibérica - Ctra. Cornellá 144 1º 4ª - 08950 Esplugues de Llobregat - Barcelona - Tel.: 93 480 32 02 - es.info@djoglobal.com - www.DJOglobal.es



Comisión de Formación, Docencia e Investigación

Garikoitz Aristegui

Uno de los objetivos de la Comisión de FDI del COFPV es impulsar el desarrollo de la Investigación.

Como bien sabéis todos se está constituyendo un Equipo de Investigación dentro del Colegio, al cual estáis todos invitados.

Para poder unificar criterios y profundizar en el aprendizaje y conocimiento de la Metodología de la Investigación Científica, se están organizando desde el pasado año, diferentes jornadas de 8 horas de duración, que de forma progresiva están formando a fisioterapeutas en el área de la Investigación.

El formato es ameno y los participantes agradecen que el mismo se dicte de esta manera, ya que consideran, que un curso de Metodología de 20 horas podría llegar a ser excesivamente tedioso.



Foto de grupo del Equipo de Investigación

Desde la comisión de FDI compartimos plenamente esta idea.

En el mes de Marzo se ha celebrado el tercero de los módulos con el nombre MIC 3. Las áreas que se han ido abordando en los diferentes módulos han sido:

- Análisis de la literatura científica
- Búsqueda bibliográfica
- Confección de un protocolo de investigación
- Apartados de un proyecto de investigación
- Diferentes diseños de un estudio
- Confección de objetivos
- Definición de la población y muestra de un estudio
- Establecimiento de las variables en estudio

La experiencia de los participantes ha sido muy positiva. Como ejemplo, en la primera jornada repartimos entre los asistentes diferentes revistas de publicación científica que todos vosotros recibís en vuestros domicilios. Se pidió al lector que otorgara una puntuación en base a sus conocimientos, evaluando los objetivos, el contenido y las conclusiones de los artículos. Las puntuaciones, en general, fueron relativamente altas.

Posteriormente se desarrollaron los aspectos teóricos de los apartados que debe contener un artículo a la hora de ser publicado en base a las normas de Vancouver, como debe presentarse un objetivo, la importancia del marco teórico y su justificación, los materiales y métodos, los lugares de búsqueda más apropiados para nuestra actividad profesional y la concordancia entre los objetivos planteados y las conclusiones del estudio.

Una vez que todos los presentes conocían dicha estructura se les pidió que dieran nuevamente una puntuación a los artículos que habían leído, y en esta segunda lectura, un poco más crítica, ninguno de los artículos leídos aprobaron en su nota.

La reflexión que extraemos de este ejercicio es la falta de criterio y de herramientas para poder evaluar aquellos artículos que leemos. No todo lo que se publica es científico y cumple unos requisitos mínimos como para considerarlo válido para la transferencia de sus conclusiones a nuestra labor profesional.

Esto no tiene que desanimar a nadie a leer o a escribir sus propios artículos y trabajos, sino que si queremos escribir en inglés deberemos hacerlo en ese idioma y no en otro. Si queremos desarrollar un programa en Java deberá ser en su lenguaje de programación y no en otro.

En Investigación sucede lo mismo. Si queremos hacer una investigación lo deberemos hacer en su idioma, el idioma de la ciencia, la Metodología de la Investigación Científica.

Debemos desmitificarla, quitarle los miedos y temores. Es mucho más sencillo de lo que creemos. Lo único que debemos saber es cuál es su idioma.

Garikoitz Aristegui

Coordinador del Equipo de Investigación del COFPV

Fotos del Curso: Metodología de la Investigación MIC 1 y MIC 2

24 de octubre de 2009 y 30 de enero de 2010



Fotos de los grupos creados durante el curso de Metodología de la Investigación



CURSOS ORGANIZADOS POR EL COFPV PARA EL 2010

Se concretarán más cursos a lo largo del año. Más información e inscripción a todos los cursos en nuestra página web:

<www.cofpv.org>

Punción seca en el síndrome de Dolor Miofascial	Abril 9-10-11	SAN SEBASTIÁN EOM C/Escolta Real 32	20 horas 2 créditos	Colegiados 215 € No Colegiados 365 €
Administrar con éxito proyectos y centros de fisioterapia. Crecer en tiempos de crisis (PME)	Abril 17 y 18 Abril 24 y 25 Mayo 8 y 9	BILBAO 17 y 18 SAN SEBASTIÁN 24 y 25 VITORIA 8 y 9	15 horas 1,5 créditos	Colegiados 175€ No colegiados 325€
Pilates para fisioterapeutas: suelo y máquinas	Abril 23-24-25 Mayo 14-15-16 Junio 4-5-6 Junio 18-19-20	BILBAO AMEZOLA Fisioterapia C/ Antonio Trueba 7	80 horas 8 créditos	Colegiados 950€ No colegiados 1.100€
Reeducación Postural: evaluación, diagnóstico y tratamiento	Mayo 7-8-9 Mayo 21-22-23 Junio 11-12-13 Julio 2-3-4	SAN SEBASTIÁN	80 horas 8 créditos	Colegiados 750€ No colegiados 900€
Introducción a la Fisioterapia Respiratoria 2ª Edición (nuevas fechas)	Mayo 21-22-23 Junio 4-5-6	SAN SEBASTIÁN	40 horas 4 créditos	Colegiados 480€ No colegiados 630€
Kinesiotaping 3: KT3 (Único curso avalado en Euskadi por la Asociación Internacional de Kinesiotaping) supeditado a posibles cambios	Junio 19-20	SAN SEBASTIÁN	15 horas 1,5 créditos	Colegiados 325€ No colegiados 475€
Exploración y tratamiento conservador de la patología de la rodilla	Septiembre 24-25-26	SAN SEBASTIÁN	20 horas 2 créditos	Colegiados 225€ No colegiados 375€
Introducción a la Radiología para fisioterapeutas	Octubre 2-3	BILBAO	15 horas 1,5 créditos	Colegiados 170€ No colegiados 320€
Puntos Gatillo Miofasciales y Punción seca	Octubre 15-16-17 Noviembre 26-27-28 Diciembre 10-11-12	Por Concretar	60 horas 6 créditos	Colegiados 610€ No colegiados 760€
Estrategias fisioterapéuticas de evaluación y tratamiento del paciente neurológico	Por concretar	Por concretar	60 horas 6 créditos	Por concretar
Relajación instrumental miofascial (ganchos)	Por concretar	Por concretar	20 horas 2 créditos	Por concretar
Kinesiotaping: KT1 y KT2 (Único curso en el País Vasco avalado por la Asociación Internacional de Kinesiotaping)	Por concretar	Por concretar	15 horas 1,5 créditos	Por concretar

Curso de Introducción a la Fisioterapia Respiratoria (1ª Edición)

El pasado mes de febrero se celebró en Bilbao la primera edición del curso Introducción a la Fisioterapia Respiratoria impartida por D. Pedro Vergara Lozano, profesor de la Universidad de Valencia.

Ha sido un privilegio el poder haber contado con un profesor de su categoría, como se ha visto reconocido por unanimidad, en todas las encuestas de satisfacción realizadas.

Durante el curso los alumnos pudieron probar *in situ* el manejo de diferentes aparatos muy utilizados en Fisioterapia Respiratoria durante la valoración funcional, como el espirómetro, en patología Neuromuscular, como el IMP2 Percusionaire, el Cough Assist o el The Vest, o bien en patología de EPOC como pueden ser el Flutter VRP1, el RC Cornet o el Acapella, así como el aprendizaje de las diferentes técnicas respiratorias.

Ante la gran respuesta obtenida por parte de los colegiados y las demandas recibidas para una nueva edición para este año, hemos logrado concretar y convocar la segunda edición de este mismo curso, que se celebrará entre el mes de Mayo y Junio en Donostia-San Sebastián.

La idea de la Comisión de Formación es la convocatoria en un futuro, no muy lejano, de una ampliación de este curso gracias al interés mostrado sobre esta primera edición, y el despertar del alumnado sobre este campo de la fisioterapia tan poco conocido.

Comisión de FDI del COFPV

Fotos del Curso: Introducción a la Fisioterapia Respiratoria (1ª Edición)

Del 5 al 7 y del 26 al 28 de Febrero 2010



Presentación del curso



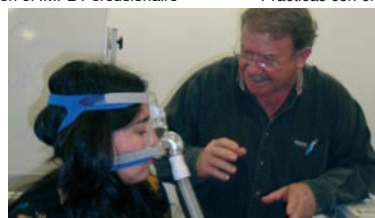
Prácticas con el aparato The Vest



Prácticas con el IMP2 Percusionaire



Prácticas con el Cough Assist

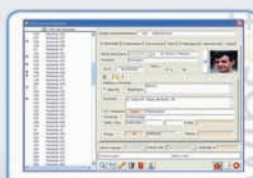


Prácticas con el aparato generador de presión BIPAP/CPAP

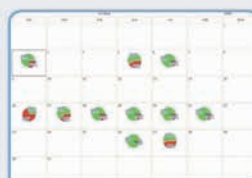
ts fisios
Software para centros
de fisioterapia



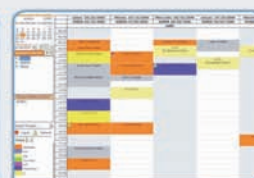
- Gestión de uno o varios centros de forma centralizada.
- Adaptable a las necesidades de cada centro.
- Interfaz personalizada por el usuario.
- Cumplimiento de la LOPD.
- Múltiples agendas configurables.
- Historia clínica parametrizable.
- Mantenimiento anual, actualizaciones y soporte remoto.
- Gestión documental.
- Facturación privados y mutuas.
- Gestión de cobros, pagos e impagados.
- Completa gestión de proveedores.
- Contabilidad opcional.



Ficha de paciente



Planning mensual



Agenda semanal

twipsoft
Solutions informatiques
personnalisées

Tel: 93 399 02 23 | info@twipsoft.com | www.twipsoft.com

El COFPV participa en un Curso de Verano de la UPV/EHU EFEO-ak UPV/EHU-ko Uda Ikastaro batean parte hartuko du

UPV/EHUko UDA IKASTAROA
2010ko uztailaren 1 eta 2an
Miramar jauregian, Donostian

GAUR EGUNGO BIZKARREKO ARAZOAK

Sarrera

Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialak prestakuntzan egiten ari den etengabeko lanari jarraipena emanez, beste aurrera pauso bat emango du aurtengo udaran, lehendabiziko aldiz Euskal Herriko Uda Ikastaroetan parte hartuz, "Gaur egungo bizkarreko arazoak" izenburu daraman aurkezpenarekin.

Angel Bidaurrezaga Doktorea zuzendari dugularik lortu dugu aukera hobezin hau. Berak gidatutako jakintza-alor anitzeko talde hau Angel Bidaurrezaga (anatomista), Ana Lersundi (traumatologiakoa), Mercedes Mozas (Minaren unitatekoa), Koldo Callado (farmakologiakoa), eta Garikoitz Aristegui eta Ion Laskurain (biak fisioterapeutak), osaturik dago, bakoitzak bere espezialitatea azalduko digularik.

Jakina den bezela, gaur egungo arazo haundienetarikoa bat bizkarreko minak eta arazoak dira. Ikastaro honetan hainbat ekintza izango dira: bizkarraren anatomiaren inguruko azalpena, bizkar eskola nola eratu, arazo eta min hauei aurre egiteko tratamendu fisioterapeutiko ezberdinak, lokalak zein globalak, besteak beste. Elkargotik, Garikoitz Aristeguiaren lana goraiatu nahi dugu, eta denoi animatzen zaituztegu ikastaro honetan parte hartzea, izan ere, gaur egun euskeraz egiten diren ikastaro kopurua oso txikia delako eta aukera paregabea dugulako aurtengo EHUKo Uda Ikastaroetan.

Hemen aurkezten dizuegu ikastaroaren egitaraua.

D.3 IKASTAROKA Gaur egungo bizkarreko arazoak

Zuzendaria: Angel Bidaurrezaga.
Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Leioa. UPV/EHU.

Helburuak:

- Bizkarreko ezaugarri anatomiko, fisiologiko eta biomekanikoak irakastea.
- Bizkarrean ematen diren ohiko patologiak izendatu eta beren zergatiak azaldu.
- Patologi horien aurrean dauden tratamendu medikoak eta fisioterapeutikoak erakutsi.
- Bizkarraren osasunerako gomendioak aurkeztu.

Bizkarreko minak eta eritasunak oso sarriak dira gure gizartean, gure bizimoduak bizkarraren jarrera desegokietan egotera bultzatzen gaituelako: eserita ordu askotan, kotxetako aulkiak, sedentarismoa,... Hauen gaixotasunei aurre egiteko dauden tratamendu ezberdinetako ikuspegi orokor bat eman nahi dugu bi egunetan zehar: sendagile eta fisioterapeuta espezialisten laguntzarekin tratamendu aurrerakoi eta eraginkorren ikuspegi orokor bat edukiko du bertara datorren ikasleek. Bizkar eskolaren hobekuntzak eta gomendioak aurkeztu nahi ditugu.

Matrikula-prezioak: Maiatzaren 31ra arte: 50 €.
Ekainaren 1etik aurrera: 60 €.
Balio akademikoa: 20 ordu.
Hizkuntza ofiziala: euskara.

Egitaraua

uztailak 1

- 9:00etan Dokumentazio banaketa
9:15etan "Bizkarreko anatomia eta biomekanika".
ANGEL BIDAURREZAGA, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Leioa. UPV/EHU.
10:30etan Etenaldia
10:45etan "Bizkarraren Fisiopatologia, ohiko patologiak: minak, desbiraketak".
ANA LERSUNDI, Traumatologia zerbitzua. Donostia ospitalea.
12:00etan Etenaldia
12:15etan "Minaren tratamendu aurreratuak".
MERCEDES MOZAS, Minaren unitatea. Gurutze Gorria ospitalea.
13:30etan Laburpen saioa / Bibliografiari buruzko saioa

uztailak 2

- 9:15etan "Bizkarra minaren tratamendu farmakologikoak".
KOLDO CALLADO, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Leioa. UPV/EHU.
10:30etan Etenaldia
10:45etan "Lunbaliaren tratamendu fisioterapeutikoak".
ION LASKURAIN, Oxford Brookes University. Oxford. UK.
12:00etan Etenaldia
12:15etan "Bizkarreko eskola".
GARIKOITZ ARISTEGUI, Euskadiko Fisioterapeuten elkargoa. Laburpen saioa / Bibliografiari buruzko saioa
13:30etan *Mahai ingurua: "Ikastaroaren ondorio nagusiak"*
Moderatzaileak: **ANGEL BIDAURREZAGA**, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Leioa. UPV/EHU.
GARIKOITZ ARISTEGUI, Euskadiko Fisioterapeuten elkargoa.
ION LASKURAIN, Oxford Brookes University. Oxford. UK.
KOLDO CALLADO, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Leioa. UPV/EHU.
18:45etan Amaiera

BIZI-ZIENTZIETAKO KERTZAILEEN LEHEN TOPAKETAK

Eibarren 2010ko maiatzaren 28an Markeskua Jauregian

Topaketa hauetan bizi zientzietan (biologia, fisioterapia, medikuntza, erizaintza, farmazia,...) ikerlari euskaldunak egiten ari diren lan zientifikoen aurkezpen gune bat antolatu nahi dugu. Zientzialariei aurkezpen laburrak egiteko aukera emanez gaur egun bizi-zientzien inguruko arlo ezberdinetako ikerlariak bildu nahi ditugu. Honez gain bizi zientzietako ikerketen diagnosirako lehen urratsa eman nahi genuke. Era berean, ikerlari euskaldunen arteko harremanak sendotzeko aukera izango da.

Matrikularekin batera parte-hartzaileak bere ikerketa-lana aurkezteko aukera izango du.

Ikerketa-lanaren laburpena bidaltzeko epea:
2010eko Apirilaren 15a.

Egitaraua laburpenen arabera antolatuko da.

Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialeko elkar-gokideren batek laguntza behar badu bere ikerketa edota aurkezpena aurrera eramateko, honako helbidean eska dezake laguntza:

fdi@cofpv.org

PII Batzordea

Bizi Zientziak kartela



El COFPV participa en un Curso de Verano de la UPV/EHU

CURSO DE VERANO EN LA UPV/EHU
Días 1 y 2 de julio de 2010
En el palacio de Miramar, Donostia-San Sebastián

PROBLEMAS DE COLUMNA VERTEBRAL EN LA ACTUALIDAD

Introducción

Continuando con la labor formativa que de manera ininterrumpida está desarrollando El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, este verano se dará un paso más, participando por primera vez en los Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco, con la presentación de un trabajo que lleva por título "Problemas de columna vertebral en la actualidad".

Hemos conseguido esta magnífica oportunidad bajo la dirección del Doctor Ángel Bidaurrezaga. Este grupo que él dirige abarca un variado campo de estudio y está integrado por Ángel Bidaurrezaga (anatomista), Ana Lersundi (de traumatología), Mercedes Mozas (de la Unidad del Dolor), Koldo Callado (de farmacología), y Garikoitz Aristegui y Ion Laskurain (ambos fisioterapeutas). Cada uno de ellos nos presentará su especialidad.

Como es sabido, uno de los problemas más graves en la actualidad lo constituyen los dolores de espalda. A lo largo del curso se realizarán varias sesiones: una presentación sobre la anatomía de la espalda, cómo organizar una escuela sobre el tema, diversos tratamientos fisioterapéuticos, tanto locales como globales, para hacer frente estos dolores y problemas, entre otras.

Desde este Colegio, queremos hacer una mención especial al trabajo de Garikoitz Aristegui y, de paso, os animamos a todos a que participéis, ya que aún son pocos los cursos que se imparten en euskera y este año se nos presenta una oportunidad única en los Cursos de Verano de la UPV.

A continuación el programa de cursos.

CURSOS D.3

Problemas de espalda en la actualidad

Director: Ángel Bidaurrezaga.
 Facultad de Medicina y Odontología. Lejona. UPV/EHU.

Objetivos:

- Mostrar las características, anatómicas, fisiológicas y biomecánicas de la espalda.
- Mencionar las patologías habituales que se dan en la espalda y explicar sus causas.
- Presentar los tratamientos médicos y fisioterapéuticos que existen para hacer frente a dichas patologías.
- Presentar las recomendaciones que se dan para la salud de la espalda.

Los dolores y enfermedades de la espalda son muy frecuentes en nuestra sociedad, ya que nuestro modo de vida nos obliga a adoptar posturas inadecuadas para la espalda: muchas horas sentados, los asientos de los coches, el sedentarismo... Durante dos días, queremos ofrecer una visión general sobre los diferentes tratamientos que existen para hacer frente a estas enfermedades: con la ayuda de médicos y fisioterapeutas especialistas, los alumnos que asistan a estos cursos se formarán una idea general sobre estos pioneros y eficaces tratamientos. Queremos presentar las mejoras y recomendaciones de la escuela de espalda.

Precios de matriculación: Hasta el 31 de mayo: 50 €.

A partir del 1 de junio: 60 €.

Validez académica: 20 horas.

Lengua oficial: euskara.

Programa

1 de julio 1

- 09:00 Distribución de documentación
 09:15 *"Anatomía y biomecánica de la espalda"*.
ANGEL BIDAURREZAGA, Facultad de Medicina y Odontología. Lejona. UPV/EHU.
 Descanso
 10:30 *"Fisiopatología de la espalda, patologías habituales: dolores, desviaciones"*.
ANA LERSUNDI, Servicio de Traumatología. Hospital Donostia.
 Descanso
 12:00 *"Tratamientos avanzados del dolor"*.
MERCEDES MOZAS, Unidad del Dolor. Hospital de la Cruz Roja.
 13:30 Sesión Resumen / Sesión sobre bibliografía

2 de julio

- 09:15 *"Tratamientos farmacológicos para el dolor de espalda"*.
KOLDO CALLADO, Facultad de Medicina y Odontología. Lejona. UPV/EHU.
 Descanso
 10:30 *"Tratamientos fisioterapéuticos para la lumbalgia"*.
ION LASKURAIN, Oxford Brookes University. Oxford. UK.
 Descanso
 12:15 *"Escuela de espalda"*.
GARIKOITZ ARISTEGUI, Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.
 13:30 Sesión Resumen / Sesión sobre bibliografía
 16:30 Mesa redonda: "Conclusiones más importantes del curso"
 Moderadores: **ANGEL BIDAURREZAGA**, Facultad de Medicina y Odontología. Lejona. UPV/EHU.
GARIKOITZ ARISTEGUI, Colegio de Fisioterapeutas del País Vasco.
ION LASKURAIN, Oxford Brookes University. Oxford. UK.
KOLDO CALLADO, Facultad de Medicina y Odontología. Lejona. UPV/EHU.
 18:45 Clausura



BIZI-ZIENTZIETAKO KERTZAILEEN LEHEN TOPAKETAK

El 28 de mayo de 2010 en el Palacio Markeskoa de Eibar.

En estos encuentros queremos organizar un escenario para dar a conocer los trabajos científicos que están desarrollando varios investigadores vascos sobre ciencias de la vida (biología, fisioterapia, medicina, enfermería, farmacia...). Ofreciendo a estos científicos la oportunidad de hacer unas breves presentaciones de sus trabajos, hemos querido reunir a investigadores que trabajan en los diversos campos de las ciencias de la vida. Al mismo tiempo estos encuentros brindarán una oportunidad para estrechar los vínculos entre los investigadores vascos.

Junto con la matrícula al participante se le ofrece la posibilidad de presentar un trabajo de investigación.

Fecha límite para enviar el resumen del trabajo de investigación: 15 de abril de 2010.

El programa será elaborado de acuerdo a dichos resúmenes.

En el caso de que algún colegiado del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco precise ayuda para llevar a cabo su investigación o resumen, podrá dirigirse a la siguiente dirección:

fdi@cofpv.org

Comisión de FDI



PAPEL DEL MÚSCULO SUBESCAPULAR EN LA PATOMECAÁNICA DEL HOMBRO

Xabier Intxaurre Pellejero



INTRODUCCIÓN

La patología de hombro constituye una de las mayores causas de tratamiento a la que nos enfrentamos los fisioterapeutas en nuestro quehacer diario.

Múltiples pueden ser los motivos que generan dolor en el hombro: afectación tendinosa (inflamatoria o degenerativa, rotura parcial o total), afectación ósea (fracturas, luxaciones, osteoporosis, artrosis), afectación capsular (capsulitis adhesivas), etc...

Sin embargo, en la mayoría de los casos muchos de estos factores se solapan dando lugar a un cuadro multifactorial donde el hombro debe ser enfocado de una forma global, más teniendo en cuenta que más que de hombro, debiéramos hablar de complejo articular del hombro, ya que son un conjunto de articulaciones y elementos los que trabajan de forma conjunta.

El objeto de este artículo es hacer un estudio analítico del papel que el músculo subescapular juega en el hombro, y cómo su alteración influye en cuadros dolorosos y limitaciones de movimiento del hombro.

Es un músculo que forma parte del manguito rotador (junto a supraespinoso, infraespinoso, y redondo menor), pero que muchas veces no es considerado ni valorado en su justa medida por parte de los fisioterapeutas a la hora de enfrentarnos a un hombro doloroso por la causa que fuera.

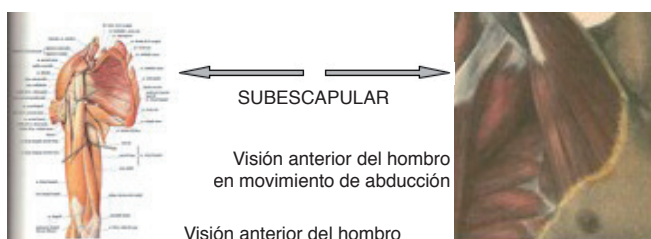
DESCRIPCIÓN ANATÓMICA

La conexión del subescapular con el húmero constituye la inserción más anterior de los cuatro músculos que forman el manguito de los rotadores.

Medialmente, el subescapular se inserta en la mayor parte de la superficie anterior de la escápula, ocupando la fosa subescapular desde el borde vertebral al borde axilar de la escápula.

Lateralmente, cruza por delante de la articulación del hombro por medio de un tendón que se inserta en el troquín, en la cara anterior del húmero y en la mitad inferior de la cápsula de dicha articulación, mezclándose con ella.

La gran bolsa subtendinosa del músculo subescapular, habitualmente en comunicación con la cavidad articular del hombro, separa medialmente el tendón del músculo subescapular de la subyacente cápsula.



ANATOMÍA PALPATORIA

Paciente en posición de decúbito supino.

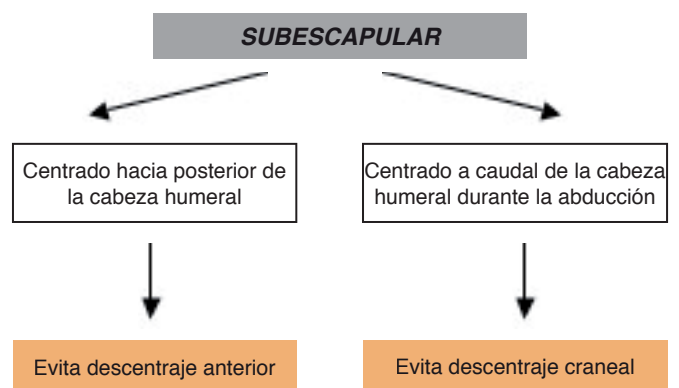
Para acceder a este músculo debemos liberar la escápula de la parrilla costal deslizándola hacia fuera, palpando el subescapular entre el músculo dorsal ancho por fuera, y el músculo pectoral mayor por dentro y por delante.

INERVACIÓN

El músculo es inervado por los nervios subescapulares superiores e inferior, procedentes de los nervios espinales C5 y C6, a través del fascículo posterior del plexo braquial.

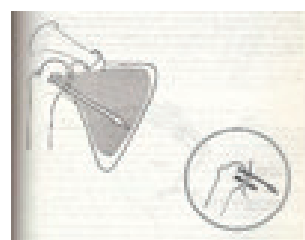
FUNCIÓN Y BIOMECAÁNICA

Esquema funciones:



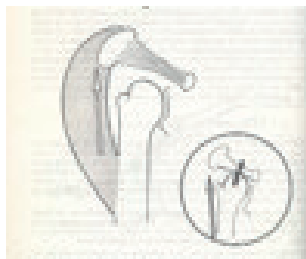
El músculo subescapular contribuye a la estabilidad de la articulación glenohumeral, ayudando a mantener la cabeza del húmero en la fosa glenoidea evitando el desplazamiento anterior del húmero (**acción estabilizadora evitando el descentraje anterior de la cabeza humeral**).

Actuando solo, el subescapular efectúa rotación interna y aducción del hombro, y ayuda a mantener la cabeza del húmero en la fosa glenoidea. Durante la abducción, la **acción depresora del subescapular** constituye una fuerza principal para contrarrestar el desplazamiento superior de la cabeza humeral generado por el deltoides (función conjunta, coordinada y equilibrada con el resto de tendones del manguito rotador), **evitando** de esta forma **un descentraje superior** de la misma.



Acción aislada del subescapular: acercar la cabeza del húmero hacia la cavidad glenoidea en dirección ligeramente hacia abajo.

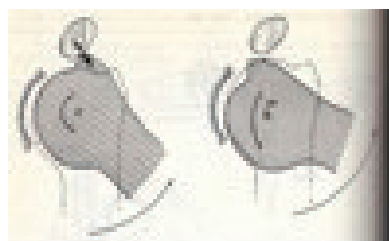
Acción aislada del deltoides: elevar la cabeza del húmero para que haga impacto directamente contra el arco acromiocracoeideo.



Acción combinada del manguito y del deltoides sobre la articulación glenohumeral: cuando la cabeza del húmero es girada, deprimida y aducida hacia la cavidad glenoidea por los músculos del manguito, el deltoides se convierte en un poderoso abductor. El centro

de rotación C, baja durante este movimiento de deslizamiento hacia abajo.

Recordar en este punto que la abducción glenohumeral supone, biomecánicamente hablando, que la cabeza humeral (no hablamos de un movimiento en cadena cinética cerrada) rueda en sentido craneal pero al mismo tiempo desliza caudalmente. Músculos de palanca larga (principalmente deltoides) son los encargados del rodamiento craneal, mientras que el manguito rotador (verdadera guía del movimiento de la cabeza humeral) es el encargado de ejecutar recentrajes sucesivos, en este caso con un vector de deslizamiento caudal, cara a que la acción de los músculos de palanca larga sea biomecánicamente y funcionalmente satisfactoria.



Mecanismo de rodar – deslizar durante el movimiento de abducción del brazo. Izquierda: la tuberosidad mayor del húmero choca con el ligamento acromiocracoeideo si la

rotación no se acompaña de la depresión del húmero. Derecha: depresión y rotación simultáneas en un movimiento de deslizamiento que permite al troquiter pasar por debajo del túnel acromiocracoeideo durante la abducción del brazo.

CAUSAS DE DISFUNCIÓN DEL SUBESCAPULAR

1. Por un esfuerzo excesivo, repetitivo e inusual, que requiera una potente rotación interna cuando el sujeto se encuentra desentrenado, como en el momento del inicio de la propulsión en la natación a crol, o al lanzar una pelota de béisbol (en general todo movimiento repetitivo que exija rotación interna).
2. Por levantamientos potentes y repetidos por encima de la cabeza manteniendo una importante aducción, como al balancear a un niño pequeño desde entre las piernas del adulto hasta por encima de la cabeza, y debajo de nuevo.
3. Por la tensión de sobrecarga súbita de intentar agarrarse

a algo por detrás, con la mano a la altura del hombro, para detener una caída.

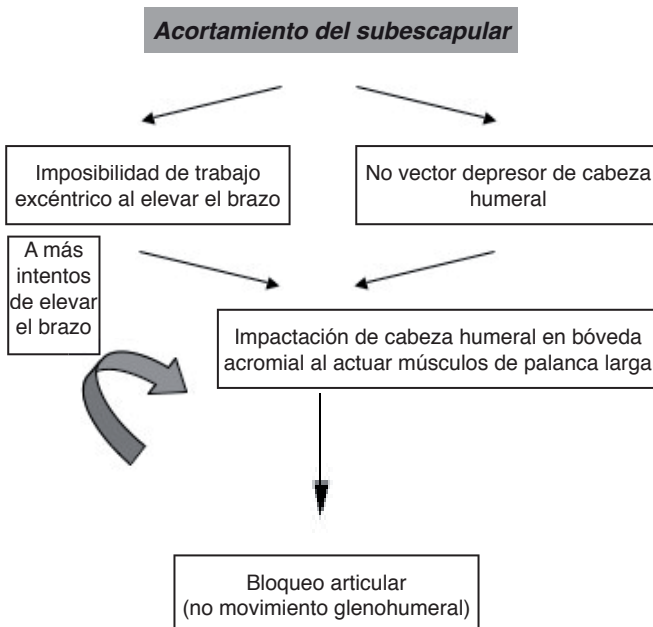
4. Por la tensión muscular debida a una luxación de la articulación del hombro.
5. Por una fractura del tercio proximal del húmero o por un desgarro capsular de la articulación del hombro.
6. Por una inmovilización prolongada de la articulación del hombro en posición de aducción y rotación interna.
7. Postura “encorvada” con la cabeza hacia delante y abducción escapular – hombros redondeados – (favorece el mantenimiento de rotación interna en el hombro).
8. Afectación del resto de tendones del manguito rotador.
9. Denervación por afectación de nervios subescapulares.

PATOMECAÁNICA

Músculo de características tónicas integrado en la cadena anterointerna del hombro (aducción y rotación interna), **tiende ante un proceso de inmovilización al acortamiento, a bloquear la articulación glenohumeral** (no la escapulotorácica) generando un descentraje en rotación interna y limitando la abducción, flexión y rotación externa de la misma.

La elevación del brazo al cenit se ve seriamente frenada por el acortamiento del subescapular. Su trabajo en excéntrico durante este movimiento recentrando y ejerciendo un vector depresor sobre la cabeza humeral no se realiza, dando como consecuencia la impactación de la cabeza humeral en la bóveda acromial y la imposibilidad de realizar la abducción (descentraje craneal).

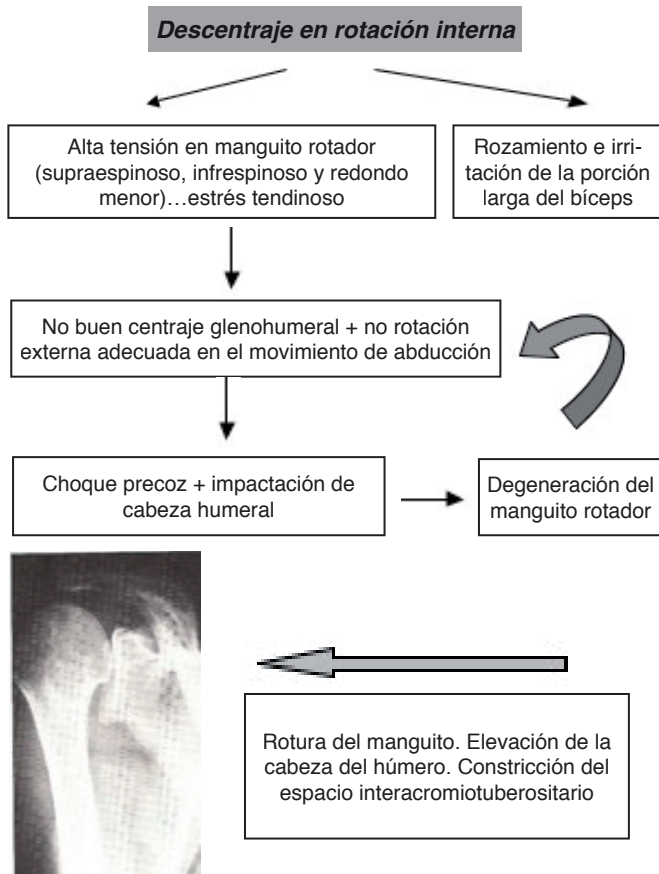
Inmovilización de miembro superior en aducción y rotación interna glenohumeral



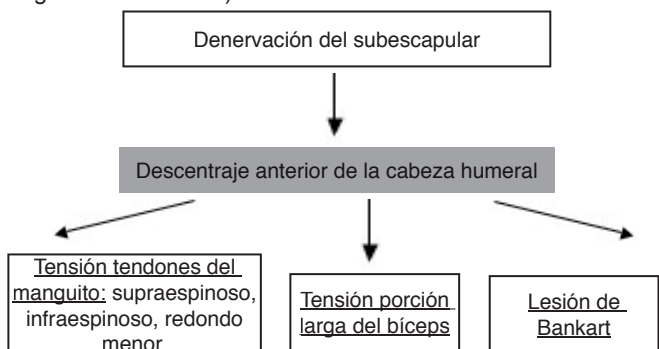
Igualmente, durante la abducción del brazo debe existir un movimiento de rotación externa para permitir a la tuberosidad mayor del húmero pasar bajo el acromión. Durante la abducción del brazo, la rotación interna disminuye la amplitud de movimiento activo y pasivo de la glenohumeral. Un acortamiento del subescapular provoca un **descentraje en rotación interna** del húmero. Esto a su vez genera un desequilibrio en el trabajo entre los tendones del manguito (exceso de tensión

de supraespinoso, infraespinoso y redondo menor), junto con rozamiento de la porción larga del bíceps contra la cresta de la tuberosidad mayor (tendinitis del bíceps). Durante el movimiento de abducción, la acción de los músculos de palanca larga tiene lugar sobre una cabeza humeral no adecuadamente situada (descentrada en rotación interna), lo cual conduce a un gesto biomecánico incorrecto, en el cual la cabeza humeral impactará precozmente contra la bóveda acromial, degenerando progresivamente los diferentes elementos articulares.

Bloqueo en rotación interna de la articulación glenohumeral y desventaja biomecánica en el movimiento de abducción



Por último recordar que el músculo subescapular es el principal encargado de evitar un descentraje anterior de la cabeza humeral. En casos de denervación de este músculo, la cabeza humeral migra anteriormente provocando las siguientes consecuencias: exceso de tensión en el manguito rotador, tensión en la porción larga del bíceps, produciendo su tendinitis y contractura, e incluso en algunos casos la cabeza humeral puede hipercoaptarse contra el borde ventral del rodete glenoideo (lesión de Bankart, si el descentraje es muy brusco y lesiona la glenoides anterior).



COMENTARIO FINAL

El abordaje realizado del papel que el músculo subescapular juega en el complejo articular del hombro, viene a resaltar dicho músculo como elemento esencial para una biomecánica articular óptima.

Por supuesto este enfoque analítico debe ser integrado en el conjunto de elementos que componen el complejo articular del hombro, ya que solamente realizando un tratamiento en globalidad de nuestros pacientes, llegaremos a equilibrar las diferentes estructuras para una funcionalidad óptima, es decir, un hombro con una amplitud articular completa e indolora.

BIBLIOGRAFÍA

1. David G. Simons, Janet G. Travell, Lois S. Simons. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 1: Mitad superior del cuerpo. Ed. Panamericana.
2. F.M. Kaltenborn. Fisioterapia manual extremidades. Ed. McGraw – Hill Interamericana.
3. Doctor Bourguery. Tratado de la anatomía del hombre. Miología. Instituto Upsa del dolor. Grupo Bristol – Myers Squibb.
4. Raoul Ghoslan. Hombro doloroso 1 y 2. Rhône – Poulenc Farma.
5. Dr. Rene Cailliet. Hombro. Ed. El manual moderno, s.a.
6. Dr. Rene Cailliet. Incapacidad y dolor de tejidos blandos. Ed. El manual moderno, s.a.
7. Todd R. Olson. A.D.A.M. Atlas de anatomía humana. Ed. Masson.
8. Helmut Ferrer, Jochen Staubesand. Sobotta. Atlas de anatomía 1 y 2. Ed. Panamericana.
9. Serge Tixa. Atlas de anatomía palpatoria del cuello, tronco y extremidad superior. Ed. Masson.
10. J. Sans Valeta. Diagramas Reumaología 1. Ed. Ideosa.
11. Walter B. Greene, M.D, James D. Heckman, M.D. Evaluación clínica del movimiento articular. Ed. American Academy of Othopaedic Surgeons.
12. PH. Flurin, E. Laprelle, JY. Bentz, M. Asad – Boy, C. Lachaud, JL. Pellet, M. Benichou, J. Vignes. Rehabilitación del hombro operado (salvo prótesis). Encyclopédie Médico – Chirurgicale – E-26-210-A-10. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París.
13. E. Naredo, J. Usón, L. Mayordomo. Ecografía del aparato locomotor. Ed. Menarini.
14. Diagnóstico por la imagen. Patología de hombro y miembro superior. Ed. Pfizer.

Xabier Intxaurre Pellejero.
Col. Nº 532.

Invitaros a todos aquellos que estéis interesados en colaborar en el Elkarberri aportando vuestras ideas, curiosidades, aprendizajes, especialidades, etc... a contactar con: comunicacion@cofpv.org

Elkarberrian parte hartzera gonbidatzen zaitugu, zuen ideiak, ikusminak, ikasketak, berezitasunak, etab... guztiekin partekatuz. Horretarako, posta elektronikoko honetara idatzi ahal duzue: comunicacion@cofpv.org

MUSKULU SUBESKAPULARRAREN GARRANTZIA SORBALDAKO PATOMEKANIKAN

Xabier Intxaurre Pellejero



SARRERA

Sorbaldako patologia da fisioterapeutok eguneroko lanean gehien tratatzen ditugun gaitzetako bat.

Era askotakoak izan daitezke sorbaldako mina eragiten duten zergatiak: tendoi-afektazioa (hanturazkoa nahiz degeneraziozkoa, zatikako nahiz erabateko haustura), hezur-afektazioa (hausturak, luxazioak, osteoporosia, artrosia), kapsula-afektazioa (kapsulitis itsaskorak), etab.

Hala ere, kasurik gehienetan, faktore hauetako asko ezkutuan egon ohi dira, eta ondorioz, sorbalda ikuspegi global batez tratatu beharreko koadro multifaktorial baten aurrean aurki gaitzke. Kasu hauetan, sorbaldari erreparatu beharrean, sorbaldako artikulazio-konplexua aztertu behar dugu, artikulazioez eta bestelako elementuez osatutako multzo osoa baita bertan elkarlanean diharduena.

Artikulu honen bitartez, muskulu subeskapularrak sorbaldan duen garrantziari buruzko azterketa analitikoa egin nahi dugu, gihar horren alterazioak sorbaldako mina eta sorbaldako mugimenduaren mugapena eragin ditzakeela azalduz.

Muskulu hau biratzaileen mahukatxoan kokatuta dago (ezten-gainekoa edo supraespinosoa, ezten-azpikoa edo infraespinosoa eta biribil txikiarekin batera), baina askotan fisioterapeutek ez dute behar bezala aintzakotzat hartzen sorbaldako minari aurre egiteko orduan, minaren kausa zeinahi izanda ere.

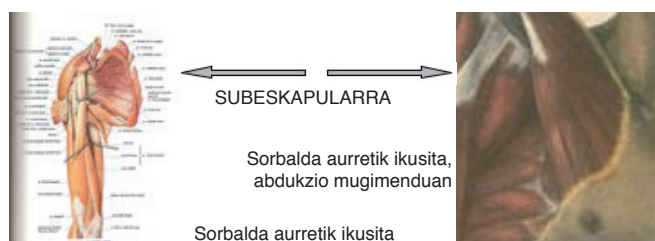
DESKRIBAPEN ANATOMIKOA

Subeskapularra eta humeroaren arteko lotura da biratzaileen mahukatxoan osatzen duten lau giharren arteko insertziorik aurrekoena.

Erditik ikusita, subeskapularrak eskapularen aurreko azalaren zatirik handienean txertatu eta hobi subeskapularra okupatzen du, ornoaren ertzetik eskapularen ertz axilarreraino.

Albotik ikusita, aurretik zeharkatzen du sorbaldako giltzadura, eta lotura-lana egiten duen tendoia trokinean, humeroaren aurreko aldean eta artikulazio horren kapsularen beheko erdialdean (honekin bat eginez) txertatuta dago.

Muskulu subeskapularraren poltsa subtendinoso handia sorbaldako barrunbe artikularrarekin lotuta egon ohi da, eta erdiz erdi bereizten ditu gihar subeskapularraren tendoia eta honen azpian dagoen kapsula.



HAZTATZE-ANATOMIA

Pazientea ahoz gora etzanda.

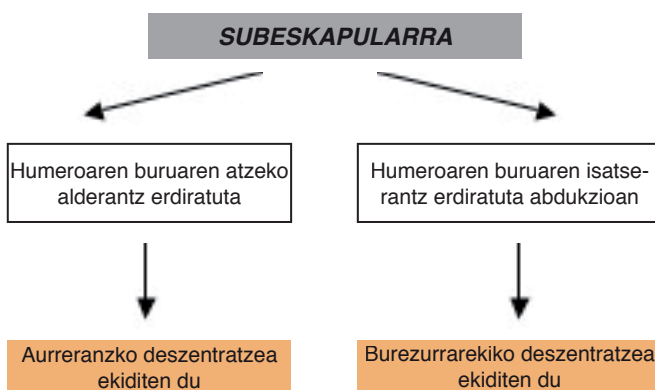
Muskulu honetara iristeko, eskapula saihets aldeko parrilatik askatu behar dugu, kanporantz bultzatuz, eta subeskapularra muskulu dorsale zabalaren kanpoaldetik eta muskulu pektoral nagusiaren barru eta aurreko aldetik haztatuko dugu.

INERBAZIOA

Muskulua, C5 eta C6 nerbio espinaletatik datozen nerbio eskapularrek inerbatzen dute, plexu brankialaren atzeko faszikuluaren bitartez.

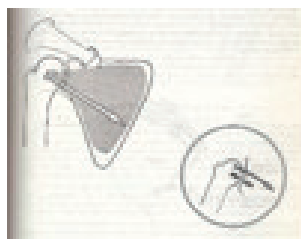
FUNTZIOA ETA BIOMEKANIKA

Funtzioen eskema:



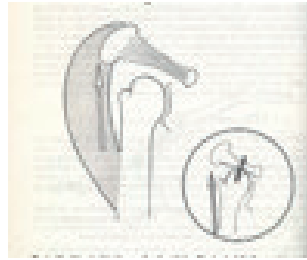
Gihar subeskapularrak giltzadura glenohumeralari egonkortasuna ematen laguntzen du, humeroaren burua hobi glenoidoan mantenduz eta humeroaren aurreranzko desplazamendua ekidinez (**ekintza egonkortzailea, humeroaren buruaren aurreranzko deszentratzea ekiditen duena**).

Bakarka jardunez gero, subeskapularrak sorbaldaren barruko errotaia eta abdukzioa eragin eta humeroaren burua hobi glenoidoan mantentzen laguntzen du. Abdukzioan, subeskapularraren ekintza depresoreak, deltoideak humeroaren buruan eragindako goranzko desplazamenduari aurre egiten laguntzen du (errotazio-mahukatxoko gainerako tendoiekin batera osatutako funtzio bateratu, koordinatu eta orekatua), humeroaren buruaren **goranzko deszentratzea ekidinez**.



Subeskapularraren ekintza isolatua: humeroaren burua barrunbe glenoidoara hurbiltzea, piska bat beherantz eginez.

Deltoidearen ekintza isolatua: humeroaren burua jasotzea, arku akromio-korakoideoari zuzenean eragin diezaion.

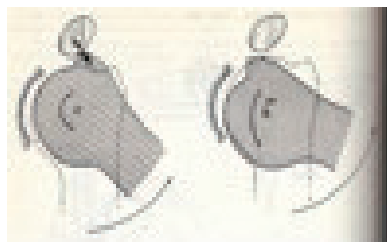


Mahukatxoa eta deltoidearen ekintza bateratua giltzadura glenohumeralen: mahukatxoko muskuluek humeroaren burua barrunbe glenoideorantz biratu, sakatu eta aduzitzen dutenean, deltoidea abduktore ahaltsua bilakatzen da. C errotazio-zentroa jaitsi egiten da

beheranzko irristapen-mugimendu honetan.

Gogoan izan, biomekanikaren ikuspegitik, abdukzio glenohumeralen humeroaren buruak burezurraren norabidean bira egiten duela (ez da katea zinetiko itxiko mugimendua), baina aldi berean isatsean zehar irristatzen dela. Palanka luzeko muskuluak (bereziki deltoidea) arduratzen dira burezurraren errodamenduaz, eta errotazio-mahukatxoak (humero-buruaren mugimenduaren benetako gidaria) ondoz ondoko birzentratzeak egiten ditu, palanka luzeko giharren ekintza zuzena eta behar bezalakoa izan dadin biomekanika nahiz funtzionaltasunaren ikuspegitik.

Errodatze-irristatze mekanismoa besoaren abdukzio-mugimenduan. Ezkerra: humeroaren tuberositate nagusiak talka egiten du lotailu akromio-korakoideoarekin, baldin eta errotazioarekin batera ez bada humeroaren depresioa gertatzen.



Eskuina: Aldi bereko depresioa eta errotazioa uztartzen dituen irristatze-mugimenduak trokiterari tunel akromio-korakoideoaren azpitik igarotzen uzten dio besoaren abdukzioan.

ziora uztartzen dituen irristatze-mugimenduak trokiterari tunel akromio-korakoideoaren azpitik igarotzen uzten dio besoaren abdukzioan.

SUBESKAPULARRAREN DISFUNTZIOEN KAUSAK

1. Barruko errotazio sendoa eskatzen duen gehiegizko esfortzu errepikakor eta ezohikoa, subjektua desentrenatuta dagoenean, crawl igeriketako lehen bultzakadarenean edota beisbol-pilota baten jaurtiketan (oro har, barruko errotazioa eskatzen duen edozein mugimendu errepikakorretan).
2. Buruaren gainetik egindako altxaketa sendo eta errepikatua, monta handiko adukzioari eutsiz. Adibidez, haurra helduaren hanken artean kulunkatu eta buruaren gainetik altxatuz eta berriro behera eramanez.
3. Bat-bateko gainkargak eragindako tentsioa, erorikoa ekiditeko eskua sorbaldaren parean jarri eta atzetik zerbaiti oratzeko ahaleginean.

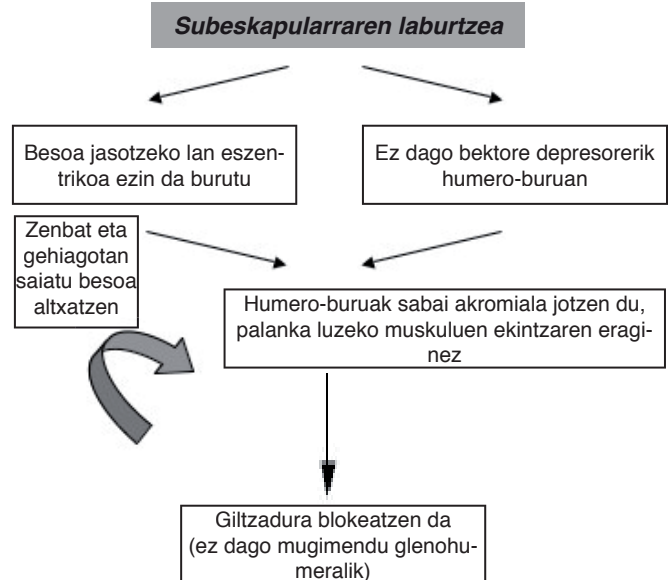
4. Sorbaldako giltzaduraren luxazioak eragindako tentsio muskularra.
5. Humeroaren heren proximalaren haustura edo sorbaldako giltzaduraren kapsularen urradura.
6. Sorbaldako giltzaduraren immobilizazio luzea, sorbalda adukzio eta barruko errotazio posizioan dagoela.
7. Postura "konkortua", burua aurrerantz jarrita eta eskapularraren abdukzioaz – sorbalda biribilduak - (sorbaldaren barruko errotazioari eustea errazten du).
8. Errotazio-mahukatxoko gainerako tendoiaren afektazioa.
9. Nerbio subeskapularren afektazioak eragindako denerbazioa.

PATOMEKANIKA

Sorbaldaren aurre-barrualdeko katean txertatuta dagoen muskulu honek ezaugarri tonikoak ditu (adukzioa eta barruko errotazioa), eta laburtzeko joera du immobilizazio-prozesuetan, giltzadura glenohumerala blokeatuz (ez eskapulotorazikoa), deszentratzea eraginez barruko errotazioan eta abdukzioa, flexioa eta kanpoko errotazioa mugatuz.

Subeskapularraren laburtzeak errotik moteltzen du besoa zeniteraino altxatzeko mugimendua. Mugimendu horretan egin behar duen lan eszentrikoa, birzentratuz eta humero-buruaren gainean bektore depresorea eraginez, ez da betetzen, eta ondorioz, humero-buruak sabai akromiala jotzen du, abdukzioa ezinezko ahalegina bihurtuz (burezurrarekiko deszentratzea).

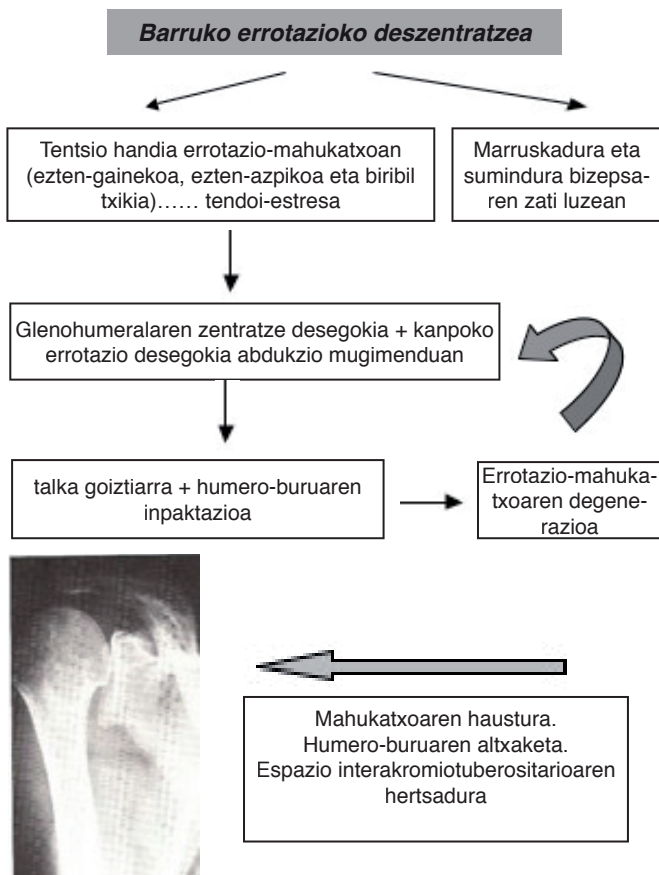
Goizko gorputz-adarraren immobilizazioa adukzio eta barruko errotazio glenohumeralen



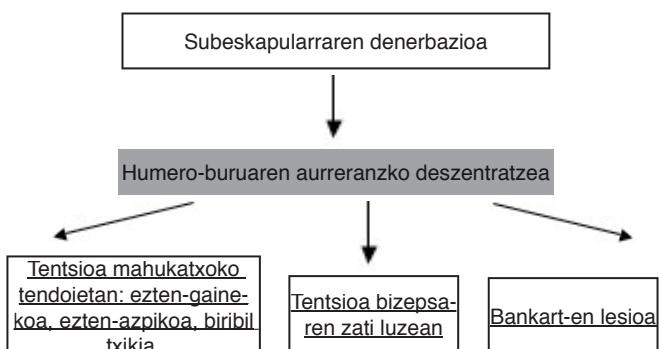
Era berean, besoaren abdukzioan, kanpoko errotazio-mugimendua egin behar da, humeroaren tuberositate nagusiak akromionaren azpitik igarotzeko aukera izan dezan. Besoaren abdukzioan, barruko errotazioak glenohumeralaren mugimendua aktibo eta pasiboaren zabaltasuna murrizten du. Subeskapularraren laburtzeak humeroaren barruko errotazioko deszentratzea eragiten du. Honek mahukatxoko tendoiaren lana desorekatu (gehiegizko tentsioa ezten-gainekoan, ezten-azpikoan eta biribil txikian) eta bizepsaren zati luzea eta tuberositate nagusiaren tontorraren arteko marruskadura errazten du (bizepsaren tendinitisa).

Abdukzio mugimenduan, palanka luzeko muskuluen ekintza, behar bezala kokatuta ez dagoen humero-buruaren gainean (barruko errotazioan deszentratuta) gertatzen da, eta honek keinu biomekaniko okerra sortaraziko du, humero-burua laster sabai akromialaren aurka talka egitera bultzatuz eta giltzadurako elementu desberdinen ondoz ondoko degenerazioa bultzatuz.

Giltzadura glenohumeralaren blokeoa barruko errotazioan eta abdukzio-mugimenduan dakarren desabantaila biomekanikoa



Amaitzeko, gogoan izan muskulu subeskapularra dela humero-buruaren aurreranzko deszentratzea ekiditeaz arduratzen den gihar nagusia. Muskulu hau denerbatzen denean, humero-burua aurrerantz migratzen da, ondorio hauek erakarritz: gehiegizko tentsioa errotazio-mahukatxoan, tentsioa bizepsaren zati luzean, bizepsaren tendinitisa eta kontraktura erginez, eta kasu batzuetan, humero-burua errodeten glenoideoaren ertz bentralaren aurka hiperkoapta daiteke (Bankart-en lesioa, deszentratzea oso zakarra bada eta aurreko glenoidea lesionatzen badu).



AZKEN IRUZKINA

Muskulu subeskapularrak sorbaldako giltzadura-komplexuan duen zerginari buruzko azterketa honek gihar horren garrantzia nabarmendu du, biomekanika artikular optimoa lortzeko ezinbesteko elementu gisara.

Jakina, ikuspuntu analitiko hau sorbaldako giltzadura-komplexua osatzen duten elementuei aplikatu behar zaie, pazienteen tratamendu globalaz lortuko baitugu soilik egitura desberdinak orekatzea eta funtzionaltasuna optimoa izatea, hau da, besoaren giltzadurak mugimendu-zabaltasun osoa eta minik gabea izatea.

BIBLIOGRAFIA

- David G. Simons, Janet G. Travell, Lois S. Simons. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 1: Mitad superior del cuerpo. Ed. Panamericana.
- F.M. Kaltenborn. Fisioterapia manual extremidades. Ed. McGraw – Hill Interamericana.
- Doctor Bourger. Tratado de la anatomía del hombre. Miología. Instituto Upsa del dolor. Grupo Bristol – Myers Squibb.
- Raoul Ghoslan. Hombro doloroso 1 y 2. Rhône – Poulenc Farma.
- Dr. Rene Cailliet. Hombro. Ed. El manual moderno, s.a.
- Dr. Rene Cailliet. Incapacidad y dolor de tejidos blandos. Ed. El manual moderno, s.a.
- Todd R. Olson. A.D.A.M. Atlas de anatomía humana. Ed. Masson.
- Helmut Ferrer, Jochen Staubesand. Sobotta. Atlas de anatomía 1 y 2. Ed. Panamericana.
- Serge Tixa. Atlas de anatomía palpatoria del cuello, tronco y extremidad superior. Ed. Masson.
- J. Sans Valeta. Diagramas Reumaología 1. Ed. Ideosa.
- Walter B. Greene, M.D, James D. Heckman, M.D. Evaluación clínica del movimiento articular. Ed. American Academy of Othopaedic Surgeons.
- PH. Flurin, E. Laprelle, JY. Bentz, M. Asad – Boy, C. Lachaud, JL. Pellet, M. Benichou, J. Vignes. Rehabilitación del hombro operado (salvo prótesis). Encyclopédie Médico – Chirurgicale – E-26-210-A-10. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris.
- E. Naredo, J. Usón, L. Mayordomo. Ecografía del aparato locomotor. Ed. Menarini.
- Diagnóstico por la imagen. Patología de hombro y miembro superior. Ed. Pfizer.

Xabier Intxaurre Pellejero.
532. Elk.

Invitamos a todos aquellos que estéis interesados en colaborar en el Elkarberri aportando vuestras ideas, curiosidades, aprendizajes, especialidades, etc... a contactar con: **comunicacion@cofpv.org**

Elkarberrian parte hartzea gonbidatzen zaitugu, zuen ideiak, ikusminak, ikasketak, berezitasunak, etab... guztiekin partekatuz. Horretarako, posta elektronikoko honetara idatzi ahal duzue: **comunicacion@cofpv.org**



TRATAMIENTO DEL DOLOR RESIDUAL POSTERIOR TRAS ESGUINCE DE TOBILLO EN EL DEPORTE

Jon Martínez Ruiz

Introducción:

Los fisioterapeutas en el mundo del deporte nos enfrentamos a un gran número de patologías, pero en mi caso, como en el de muchos otros en el fútbol, el esguince de tobillo es una de las más frecuentes.

El esguince de tobillo es una lesión que puede ser completa o incompleta en el aparato capsuloligamentoso, ocasionada por un movimiento forzado más allá de sus límites normales o en un sentido no propio de la articulación. Esta lesión activa una reacción inflamatoria con ruptura en mayor o menor grado de vasos capilares y de la inervación local que puede determinar por vía refleja fenómenos vasomotores amiotróficos y sensitivos que alargan la evolución de esta patología aun después de su cicatrización.

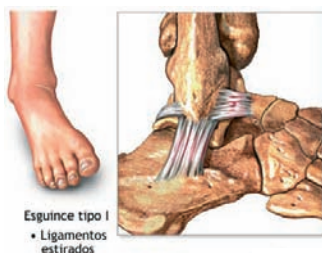
El mecanismo fisiopatológico mas común es la inversión forzada, lo que supone una acción combinada de supinación y flexión del pie. En este movimiento, el ligamento peroneoastragalino anterior (PAA) se encuentra verticalizado, por lo tanto, cualquier fuerza que aumente la capacidad de inversión de esta articulación puede incluso producir un desgarrar de este ligamento. Si esta fuerza siguiese su curso, bien por el propio peso del cuerpo o bien por cualquier otra causa, también se podría llegar a desgarrar el fascículo peroneo calcáneo (PC). Es menos frecuente el caso del desgarrar del ligamento peroneoastragalino posterior (PAP) pero no por ello menos importante.

Esta es la lesión más frecuente del miembro inferior. Si a este hecho le sumamos cambios bruscos de dirección, superficies irregulares, botas con tacos, etc... la lesión se hace más frecuente.

Clasificación de los esguinces de tobillo (basada en la American College of Foot and Ankle Surgeons).

Según la gravedad de las lesiones se clasifican en 3 grados:

GRADO I (desgarro parcial de un ligamento): existe dolor, cuya intensidad puede ser muy variable según los casos, y que suele aparecer tras un periodo de menos dolor. La impotencia funcional no existe o es mínima y existe poca tumefacción de la zona. No hay inestabilidad articular.

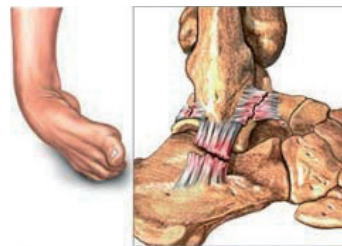


GRADO II (desgarro incompleto de un ligamento con incapacidad funcional moderada): hay dolor a la palpación sobre las estructuras lesionadas. Existe tumefacción precoz por el edema de partes blandas, y equimosis en las primeras 24-48 horas. La impotencia funcional es moderada.

Existe inestabilidad articular que se pone de manifiesto con las maniobras de movilidad pasiva.



GRADO III (rotura completa y pérdida de integridad de un ligamento): la tumefacción por el edema y el hematoma local es inmediata tras el accidente. La equimosis es también precoz. El dolor es intenso desde el principio con percepción clara de la gravedad por parte del paciente. Existe impotencia funcional total, con imposibilidad para el apoyo. En ocasiones a esta fase inicial de dolor agudo e intenso puede seguir otra de analgesia debido a rotura de haces nerviosos aferentes.



Tratamiento:

El tratamiento del esguince de tobillo se hará acorde al grado de lesión. Puesto que el tratamiento protocolario del esguince no es el tema que nos concierne, expongo un protocolo de forma esquemática y breve:

El tratamiento del esguince grado I o II de tobillo se puede dividir en tres fases:

- Primera Fase: Reposo, Hielo, Compresión, Elevación. 48 horas.
- Segunda Fase: Inmovilización con férula o vendaje elástico por 2 semanas.
- Tercera Fase: Ejercicios activos de arco de movilidad, entrenamiento propioceptivo, fortalecimiento peroneos. (3 semanas).

El tratamiento del esguince grado III es el más controvertido. En estos esguinces hay una ruptura total de los ligamentos peroneoastragalinos. El tratamiento es más prolongado, incluye 6 semanas de inmovilización con una bota de yeso tradicional o de material sintético, con apoyo o sin el, según decisión del médico. Incluso a veces se opta por el tratamiento quirúrgico. Tras este periodo se realizaría un tratamiento similar al de la tercera fase.

Dolor residual en la parte posterior del tobillo:

Tras un tratamiento de esguince de tobillo, ¿cuántas veces nos dice el paciente que ya no le duele la zona que le dolía en un principio y que sin embargo le duele la zona posterior del tobillo? En mi práctica profesional, desde que le doy más importancia a esta zona posterior rara vez se queja el paciente de este dolor. A la hora de tratar un esguince de tobillo hay que afrontarlo en globalidad y no únicamente centrarnos en el dolor. Este dolor puede aparecer por varios motivos: por una pobre regeneración del ligamento peroneoastragalino posterior, por un astrágalo bloqueado, por infarto óseo tras choque de la cola del astrágalo y el calcáneo, etc.

Cuando el dolor es por el primer motivo (pobre regeneración del lig. PAP), debemos hacer una palpación transversa a las fibras del ligamento peroneoastragalino posterior. Si tras dicha palpación el dolor se sitúa exactamente sobre esta zona, se procedería a realizar un tratamiento con Cyriax para favorecer la regeneración ligamentosa y reestructuración de las fibras de colágeno.

CAUSAS DEL DOLOR POSTERIOR

Pobre regeneración
del lig. PAP

Astrágalo
bloqueado

Infarto óseo

TRATAMIENTOS

Cyriax

Decoaptaciones indoloras
y manipulación de la
"supra-astragalina"

Descarga total
y tratamiento
quirúrgico

Si después de realizar el tratamiento rehabilitador del esguince, encontramos un dolor en la parte posterior del tobillo, también puede ser por un bloqueo del astrágalo. Esto indicaría que el tobillo no está bien recuperado, pues su hueso principal en el juego articular no está totalmente repuesto. Esta situación, que pasaría inadvertida en personas sedentarias, es crucial para alguien que cae con impacto diez o quince mil veces sobre su tobillo, como sucede en el deportista. Por esta razón debemos ser muy exhaustivos a la hora de valorar y recuperar un esguince de tobillo. Además de una lesión de ligamentos, el esguince presenta, como hemos explicado, un desplazamiento del hueso astrágalo. En este caso, el tratamiento será idéntico al de la lesión ligamentosa, solo que a partir del cuarto o quinto día tenemos que realizar un tratamiento "menos conservador", más activo. Esto es, trabajo manual articular para ayudar a bombear el derrame, pequeñas tracciones y decoaptaciones indoloras junto a una manipulación articular específica del hueso desplazado. De esta manera la cápsula articular iniciará su recuperación en mejores condiciones, con sus extremos óseos congruentes y no desplazados, resolviendo la subluxación o distorsión articular consustancial a todo esguince.

Es importante explorar la mortaja tibio-astragalina. Si el bombeo sucesivo de ella no consigue liberar la fijación articular debemos proceder a la técnica de decoaptación con impulso, que es en sí la "manipulación de la supra-astragalina".



El tercer y último motivo que analizaremos será el del infarto óseo por choque de la cola del astrágalo y el calcáneo. Una de las maniobras (aunque no definitiva) a realizar para diagnosticar esta patología sería la "prueba de impacto" sobre el calcáneo. Se colocaría al paciente en decúbito prono con flexión plantar y se realizaría un impacto relativamente enérgico y seco sobre la parte caudal del calcáneo.



Si la prueba es positiva el paciente sentirá un dolor muy agudo y localizado en la cola del astrágalo (el propio paciente os indicará donde le ha dolido exactamente). Tras esta prueba positiva, recomiendo que se le derive a su traumatólogo para que le realice las pruebas complementarias para descartar o reafirmar esta patología. En un principio el tratamiento sería conservador con descarga total del miembro, si esto no diese resultado, el tratamiento sería quirúrgico, donde se realizaría un rascado de la zona infartada y se utilizarían factores de crecimiento para favorecer la regeneración.

Conclusión:

Como hemos podido ver, las causas del dolor posterior de tobillo tras un esguince son varias. En este artículo expongo solo tres de ellas.

Es importante realizar el tratamiento de forma global, explorando frecuentemente el tobillo desde el punto de vista biomecánico y funcional. Si únicamente nos centráramos en el dolor inicial estaríamos haciendo un tratamiento incompleto, al igual que ocurre con la mayoría de patologías a las que nos enfrentamos los fisioterapeutas cada día.

En esta publicación explico tres posibles causas del dolor residual posterior de tobillo tras un esguince y sus respectivas pautas de tratamiento. Probablemente habrá más causas y más tratamientos, pero aquí os dejo algunos para que os puedan ayudar a diagnosticar la posible causa del dolor posterior de tobillo.

Bibliografía:

Atlas Anatómico Sobotta
Atlas Anatómico Adam
<http://www.monografias.com/trabajos13/esgtobi/esgtobi.shtml#DEFIN>
<http://www.acfas.org/>
<http://193.145.164.73/docs/dac/guiasap019esgtobillo.pdf>
<http://www.tutraumatologo.com/esguince.html>
<http://www.gbmoim.com/wp-content/uploads/2008/02/astragalo-impactado-y-cuboides-fijado-tras-un-esguince-de-tobillo.pdf>

Jon Martínez Ruiz
Col. Nº 1501

ORKATILAKO BIHURDURAREN ONDORENGO HONDAR-MINAREN TRATAMENDUA KIROL JARDUNEAN

Jon Martínez Ruiz

Sarrera:

Fisioterapeutok era askotako patologiei aurre egin behar izaten diegu kirolaren munduan, baina nire kasuan, futbolaren alorreko beste hainbat profesionalen kasuan bezalaxe, orkatilako bihurdura dugu ohikoenetakoa.

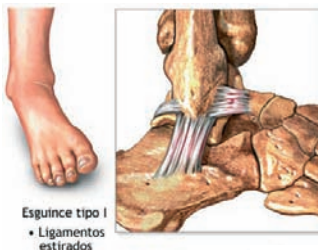
Orkatilako bihurdura, kapsula-lotailua aparatuan gerta daitekeen lesio bete edo bete gabea da, ohiko mugetatik harantzago edo giltzadurari ez dagokion noranzkoan egindako mugimendu batek eragindakoa. Lesio honek hantura sortarazten du, maila handiagokoa edo txikiagoko hodi kapilarren apurketa eta inerbazio lokala, eta azken honek erreflexu bidezko fenomeno basomotore amiotrofiko eta sentsitiboak eragin ditzake, orbanzearen ondoren patologia honen bilakaera luza-raziz.

Bortxatutako inbertsioa da mekanismo fisiopatologikorik ohikoena, oinaren supinazioa eta flexioa konbinatzen dituen ekintzaren bitartez. Mugimendu honetan, aurrealdeko lotailu peroneoastragalinoa bertikalizatuta dago, eta ondorioz, giltzadura honen inbertsio-ahalmena areagotzen duen edozein indarrek lotailu honen urradura ere eragin dezake. Indar honek bere horretan jarraituz gero, gorputzaren pisuaren eraginez edo beste edozein kausaren ondorioz, faszikulu peroneo kalkaneo (PK) urra liteke. Askoz ere arraroagoa da atzealdeko lotailu peroneoastragalinoa urratzea, baina hala ere, gogoan hartzeko modukotzat jo behar dugu.

Hauxe da beheko gorputz-adarreko lesiorik ohikoena. Honi gaineratzen badizkiogu noranzko-aldaketa gogorrak, gainazal irregularrak, takodun botak eta abar, lesioa sarriago gerta daiteke.

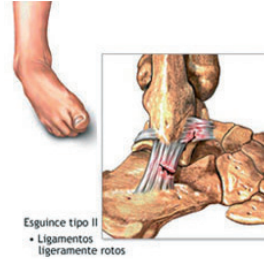
Orkatilako bihurduren sailkapena (American College of Foot and Ankle Surgeons delakoa oinarritat hartuta). Lesioen larritasunaren arabera, 3 mailatan sailkatuta daude:

I. MAILA (lotailu baten zatikako urradura): mina dago, intentsitate aldakorrek kasuen arabera, eta min txikiagoko aldi baten ondoren agertzen da. Ez dago ezintasun funtzionalik edo oso txikia da, eta tumefakzioa ere txikia da. Ez dago eze-gonkortasun articularrik.

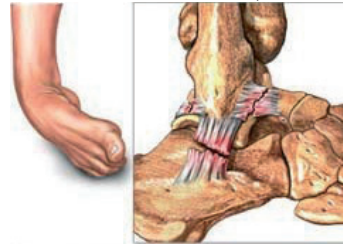


II. MAILA (lotailu baten urratura partziala, ezintasun funtzional moderatua dakarrena): mina azaltzen da lesionatutako egiturak haztatzean. Zati bigunen edemaren ondorioz, tume-

fakzio lasterra agertzen da, baita eskimosia ere lehenengo 24-48 orduetan. Ezintasun funtzionala moderatua da. Eze-gontasun articularra dago, eta mugikortasun pasiboko manio-bretan azaltzen da.



III. MAILA (lotailu baten erabateko apurketa eta osotasunaren galera): edemak eragindako tumefakzioa eta hematoma lokala bat-batean agertzen dira istripuaren ondoren. Eskimosia ere laster azaltzen da. Mina handia da hasiera-hasieratik, eta larritasunaren sentsazio argia ematen dio pazienteari. Ezintasun funtzionala erabatekoa da, eta gorputz-adarra ezin da bermatu. Batzuetan, min sendo eta zorrotze-



ko lehen fase honen ondoren, analgesia-fasea ager daiteke nerbio-azao aferenteen apurketaren ondorioz.

Tratamendua:

Orkatilako bihurduraren tratamendua lesioaren larritasunaren arabera egingo da. Ez dugu hemen zaintiratuaren ohiko tratamendua aztertu behar, baina labor-laburrean bada ere, hona jarraitu beharreko protokoloa:

1. edo 2. mailako orkatilako bihurduraren tratamendua hiru fasetan banatuta dago:

- Lehen Fasea: Atsedena, Izotza, Konprimaketa, Altxaketa. 48 ordu.
- Bigarren Fasea: 2 asteko immobilizazioa, ferula edo bendaje elastikoa erabilita.
- Hirugarren Fasea: Mugikortasun-arkuko ariketa aktiboak, entrenamendu propiozeptiboa, peroneoak sendotzea. (3 aste).

III. mailako bihurduraren tratamendua da korapilatsuena. Zaintiratu hauetan, lotailu peroneoastragalinoen erabateko apurketa gertatzen da. Tratamendua luzeagoa da: 6 asteko immobilizazioa igeltsuzko edo material sintetikoazko bota bat erabilita, oinean bermatzeko aukerarekin edo aukerarik gabe, medikuak erabakitakoaren arabera. Batzuetan, tratamendu kirurgikoa aukeratzen da. Aldi honen ondoren, hirugarren faseari dagokion tratamenduaren antzekoa egingo da.

Orkatilaren atzealdeko hondar-mina:

Orkatilako bihurturaren tratamendua amaitu ondoren, zenbat aldiz esan ohi digu pazienteak ez duela minik sumatzen hasieran kaltetutako aldean baina orkatilaren atzealdea minduta daukala? Nire lanbide-jardunean, atzeko alde horri erreparatzen diodanez geroztik, pazienteak oso gutxitan kexatzen dira alde horretako minaz. Orkatilako bihurtura tratatzeko orduan, osotasunean egin behar da, minari bakarrik erreparatu gabe. Era askotako arrazoiak daude mina sor dadin: atzeko lotailu peroneo-astragalinoaren berroneratze eskasa, astragaloaren blokeoa, astragalo-isatsa eta kalkaneoaren arteko talkak eragindako hezur-infartua, etab.

ATZEALDEKO MINAREN KAUSAK

Lot. PAParen
Berroneratze
eskasa

Astragaloa
blokeatuta

Hezur infartua

TRATAMENDUAK

Cyriax

Minik gabeko dekoapta-
zioak eta supra-astragali-
noaren manipulazioa

Erabateko
deskarga eta
tratamendu
kirurgikoa

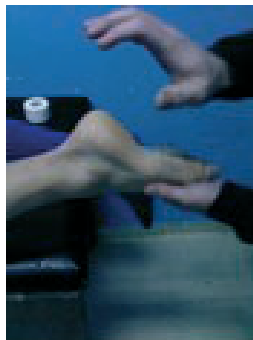
Minaren kausa lehenengoa denean (Lot. PAParen berroneratze eskasa), zeharka haztatuko ditugu lotailu peroneoastragalinoaren zuntzak. Haztatzean, mina alde zehatz horretan kokatuta dagoela egiaztatzen bada, cyriax-tratamendua eman-
go zaio, lotailuen berroneratzea eta kolageno-zuntzen berre-
gituraketa errazteko.

Bihurturaren errehabilitazio-tratamendua amaitutakoan mina aurkitzen baldin badugu orkatilaren atzeko aldean, astragaloaren blokeo baten ondorio ere izan daiteke. Honek ezin argiro frogatuko luke orkatila ez dagoela guztiz sendatuta, giltzadura horretako hezur nagusia ez dagoelako erabat erreku-
peratuta. Egoera hau oharkabekoa izango litzateke egonean egoten den pertsona batentzat, baina hil ala bizikoa da hamar edo hamabost mila aldiz orkatilaren gainean inpaktuz erortzen den pertsona batentzat, kirolari batentzat kasu. Ondorioz, kontu handiz ibili behar dugu orkatilako bihurtura bat baloratu eta erreku-
peratzeko orduan. Azaldu dugunez, lotailuen lesio-
az gain, bihurturak astragalo hezuraren lekualdatzea dakar. Kasu honetan, tratamendua lotailuaren lesiorako erabiltzen den berbera izango da, eta laugarren edo bosgarren egunetik aurrera, "horren kontserbadorea" ez den tratamendu aktiboa-
goa aplikatu beharko dugu. Hau da, giltzaduren gaineko esku-
lana, isuria punpatzen laguntzeko, minik gabeko trakzio eta dekoaptazio txikiekin eta lekualdatutako hezurreko giltzadura-
ren manipulazioarekin. Honela, kapsula artikularrak baldintza hobetan hasiko du erreku-
perazioa, hezur-muturrak adostuta, lekualdatu gabe, edozein bihurturari dagokion azpiluxazio edo distorsio artikularra konponduz.

Garrantzitsua da mihise tibio-astragalinoa esploratzea. Horren ponpatze jarraituaz ez bada lortzen finkapen artikularra askatzea, bultzadazko dekoaptazioa delako teknika erabili beharko dugu, hau da, "supra-astragalinoaren manipulazioa".



Astragaloaren isatsa eta kalkaneoaren arteko talkak eragin-
dako hezur-infartua da hemen aztertuko dugun hirugarren eta azken kausa. Patologia hau detektatzeko erabil ditzakegun manio-
bretako bat (ez da behin-betikoa), kalkaneoaren gaineko "inpaktu proba" da. Pazientea ahoz behera jarriko dugu, oin-
pea flexionatuta, eta inpaktu gogor eta lehor samarra egingo dugu kalkaneoaren isats aldean.



Proba positiboa baldin bada, pazienteak oso min zorrotza sumatuko du astragaloaren isatsean (pazienteak berak esango dizue zehazki non izan duen mina). Proba positibo honen ondoren, traumatologoarengana bidaltzea gomendatzen dizuet, patologia hau egiaztatu ala baztertzeko moduko proba osagarriak egin diezaizkion. Hasiera batean, tratamen-
dua kontserbadorea izango litzateke, gorputz-atalaren eraba-
teko deskargaz, eta honekin emaitza egokirik lortuko ez balitz, tratamendua kirurgikoa izango litzateke, infartatutako gunea arraskatuz eta erreku-
perazioa erraztuko dituen hazkunde-fakto-
reak erabiliz.

Ondorioa:

Ikusi dugunez, askotarikoak izan daitezke orkatilaren atzealdeko minaren kausak. Artikulu honetan, hiru baino ez ditugu azaldu.

Garrantzitsua da tratamendua era global batean egitea, eta orkatila sarri esploratzea ikuspuntu biomekaniko eta funtzio-
naletik. Bakarrik erreparatuko bagenio hasierako minari, tra-
tamendu osatu gabea egingo genuke, fisioterapeutok egunez egun tratatu behar ditugun patologia gehienetan gertatzen den bezalaxe.

Argitalpen honetan, orkatilaren bihurturaren ondorengo hondar-mina eragin dezaketen hiru kausa azaldu ditugu, eta bakoitzari dagozkion tratamendu-jarraibideak. Seguru aski, kausa eta tratamendu gehiago daude, baina hemen gutxi batzuk baino ez dizkizuet azaldu, orkatilaren atzeko minaren kausa zehazten lagunduko dizuetelakoan.

Bibliografia:

Atlas Anatómico Sobotta
Atlas Anatómico Adam
<http://www.monografias.com/trabajos13/esgtobi/esgtobi.shtml#DEFIN>
<http://www.acfas.org/>
<http://193.145.164.73/docs/dac/guiasap019esgtobillo.pdf>
<http://www.tutratomologo.com/esguince.html>
<http://www.gbmoim.com/wp-content/uploads/2008/02/astragalo-impactado-y-cuboides-fijado-tras-un-esguince-de-tobillo.pdf>

Jon Martínez Ruiz
1501. Elk.



FOGASA

y crisis empresarial

En un entorno de dura crisis económica conviene saber - aunque sea de forma somera - qué es el FOGASA (Fondo de Garantía Salarial) y para qué sirve.

Se trata de un organismo público autónomo, de carácter administrativo, adscrito al Ministerio de Trabajo e Inmigración con personalidad jurídica, y establecido por el art. 33 del Estatuto de los Trabajadores, dirigido a abonar de manera limitada las cantidades adeudadas a los trabajadores por salarios y/o indemnizaciones por despido o extinción de relación laboral en casos de insolvencia empresarial, esto es, cuando la empresa carece de bienes con los que responder a las deudas ante la plantilla. Este organismo se financia, fundamentalmente, con las cuotas de todos los trabajadores y trabajadoras que se descuentan de la nómina junto con las aportaciones a la Seguridad Social. Es importante recordar que el plazo para solicitar este abono es de un año desde el acto de conciliación o sentencia que reconozca la deuda a favor del trabajador. Se abona la prestación en la cuenta bancaria designada por el trabajador y se suele demorar el expediente administrativo en torno a 5 o 6 meses.

Los límites económicos que se aplican son diferentes si se trata de salarios o de indemnización siempre en función del Salario Mínimo Interprofesional vigente. Básicamente, para el año 2010 sería:

11.061 euros para salarios
26.915,10 euros para indemnizaciones

También es muy importante tener claro que hay una serie de conceptos retributivos que no están amparados o garantizados por el FOGASA. Así, no se incluyen en la cobertura de garantía salarial los pluses de distancia, transporte, vestuario, quebranto de moneda, desgaste de útiles y herramientas, dietas, complementos de incapacidad temporal y cualquier otro de naturaleza indemnizatoria.

Y no se incluye la indemnización por despido o extinción de la relación laboral pactada con la empresa en acto de conciliación previo a la vía judicial. Lo que se denomina el SMAC.

Las personas beneficiarias de este Fondo son:

Aquellos/as trabajadores/as por cuenta ajena que sean titulares de créditos por salarios e indemnizaciones en la forma legalmente establecida, incluidos/as dentro de los siguientes apartados:

1. Trabajadores/as por cuenta ajena vinculados por relación laboral ordinaria.



2. Deportistas profesionales vinculados/as a los mismos en virtud de relación laboral de carácter especial.

3. Trabajadores/as cuya actividad sea la de intervención en operaciones mercantiles sin asumir el riesgo y la ventura de aquellas.

4. Trabajadores/as vinculados/as por cualquiera de las relaciones laborales de carácter especial a que se refiere el artículo del Estatuto de los Trabajadores, distintas de las mencionadas en los anteriores.

Los colectivos excluidos de la acción protectora del FOGASA son:

* Trabajadores/as al servicio del hogar familiar.

* Socios/as trabajadores/as de las cooperativas de trabajo asociado y de las cooperativas de explotación comunitaria de la tierra.

Las direcciones y teléfonos de consulta en el País Vasco son:

Álava (Manuel Freire Bargados)

C/ General Álava 10, 01005 - VITORIA
945 15 58 88 - 945 14 18 40

Guipúzcoa (M^a Aranzazu Cañas Uzcudún)

Avda. de la Libertad 17 - 2º, 20004 - SAN SEBASTIÁN
943 44 10 10 - 943 43 08 92

Vizcaya (María José Aguirre Monasterio)

C/ Colón de Larreategui 26 - 5º, 48080 - BILBAO
944 24 37 75 - 944 23 43 03

El enlace web correspondiente es:

<http://www.mtin.es/fogasa/>

En resumen, si por cualquier circunstancia o motivo, necesitáis profundizar en mayor medida en este organismo público y sus servicios os rogamos que os pongáis en contacto con la Asesoría Jurídica colegial donde gustosamente os atenderemos.

Seve Setién
Asesoría Jurídica COFPV

El Colegio pone a disposición de sus colegiados un servicio de Asesoría Jurídica.

Aquellos que estéis interesados, podéis contactar vía telefónica en la sede del Colegio o a través de correo electrónico en el siguiente horario: Lunes de 17 a 21 horas y Viernes de 9,30 a 14 horas.

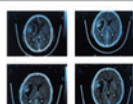
Tlf.: **94 402 01 55**

E-mail: **setien@cofpv.org**

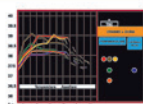
Una nueva fuente de **energía**. Origen de una nueva **terapia**.

La investigación científica.

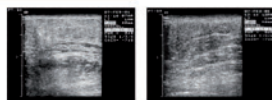
Acción de Tecar®
en la reabsorción de edemas.



Análisis del aumento
de la temperatura durante
la fase de aplicación de Tecar®.



Efectos de Tecar® en el
tratamiento de esguinces y
desgarros musculares.



Aumenta la eficacia
de los tratamientos.

Reduce los periodos
de rehabilitación.

Fisioterapia - Medicina Deportiva - Rehabilitación - Traumatología

La experiencia del **médico**
se ve respaldada por
un **recurso** tecnológico
que **acorta** los periodos
de tratamiento.



Patente internacional N.EP 0893140

Tecarterapia®. Un avance revolucionario en la patología traumática no quirúrgica.

La Tecarterapia® estimula la **energía** desde el interior del tejido para activar los procesos naturales reparadores y antiinflamatorios. Permite restablecer la fisiología de los tejidos a través de la combinación de la hipertermia profunda y la elevación del **potencial energético** de las membranas celulares.

Patologías articulares, osteoarticulares, musculares, agudas y crónicas.

La Tecarterapia® actúa en profundidad. Un objetivo alcanzado tras años de intensa investigación y experimentación. Una nueva posibilidad para el médico y para el paciente.

Seminario de presentación.

Te invitamos al seminario de presentación de la Tecarterapia®, dedicado a fisioterapeutas colegiados. Consulta el calendario de formación en www.tecar.eu o en el 902 11 22 31 y haz tu reserva.

KOLOREDUN AZALAK

Aritz Monasterio Arana
Jon Pagazaurtundua Isusi

1- BENDAJE NEUROMUSKULARRAREN JATORRIA

Teknika hau Kenzo doktoreak garatu egin zuen orain dela 25 urte Japonian. Metodo berritzaile eta eragingarri honek kinesiologian eta kiropraxian dauka bere jatorria. Teknika honek gorputzaren osaketa prozesu naturala aktibatzen duen funtzio muskularrari ematen dio garrantzia. Helburu hori lortzeko esparatrapu malgu batek gorputz azalaren ezaugarriak imitatuko ditu.

Gaur egun, bendaje neuromuskularra, "Kinesiotaping", "Medical Taping" edo modu herrikoi baten "Kololedun bendak" gisa ere ezagutzen duguna, aupaldi nabaria bizi izan du kirolari ezberdinen erabilerak zein komunikabide ezberdinen eraginez.



Kinesiotaping-eko zintaz egindako hesgailua

2- BENDAJE NEUROMUSKULARRAREN EZAUGARRIAK

- Bendajeak %140ko malgutasun ezaugarriak ditu. Hasierako luzerarekiko %60ko luzatzea ahalbideratzen du. Hala ere ez dira zabaleran handiagoak izateko diseinatuak izan.
- Bendaren malgutasun ezaugarriek 4 edo 5 eguneko iraupea izango dute aplikatutako gorputz atalaren arabera.
- Bendaren lodiera gorputz-azalaren parekoa da. Modu honekin (beti ere aplikatze zuzen bat eginez gero) pisuaren haute-matea ezabatu eta estimulazio sentsitiboa saihestuko dugu.
- Benda %100ean kotoiz ekoizten da. Honek, lehortze prozesu azkar bat eta transpirazio zuzen bat izaten laguntzen du baita hezetasuna saihestu ere. Urak ez dio kalterik egiten eta hortaz gorputzaren garbiketa uneoro bermatzen da.
- Itsasgarriak ez du latexik. %100ean eransgarri akrilikoa da eta beroaren bitartez aktibatzen da.
- Bendaren zati itsasgarri honek hatz-markak imitatzen ditu, sortutako tolesdurek azalaren altxaketa mesedetzen duelarik.
- Esparatrapua plastikozko babesgarri baten itsatsita topatuko dugu tentsio puntu zehatz baten. Tentsio hau, esparatrapuaren erabateko tentsioaren %15-20a da. Aipatutako portzentaia merkatuan aurki ditzakegun marken arabera alda liteke. Beraz, esparatrapuaren aplikapenaren aurretik frogatzea gomendatzen da, tentsioa zenbatekoa den jakiteko asmoz. Horretarako, 10 zm.ko luzera duen tira bat moztuko dugu (%100). Jarraian, behin plastikozko babesga-

rria kendu ostean, berriz neurtuko dugu. Tiraren luzera orain 8 zm.koa balitz (hau da, hasierakoaren % 80), plastikozko babesgarriarekiko esparatrapuaren tentsioa %20koa dela esan genezake.

3- BENDAJE NEUROMUSKULARRAREN NEURRIAK

- Neurri estandarra: 5 zm x 5 m
- Pertsona helduetan: 7,5 zm x 5 m
- Atzamarretan eta tratamendu neurologikoetan: 2,5 zm x 5 m
- Orkatiletan eta umeetan: 3,5 zm x 5 m

4- BENDAJE NEUROMUSKULARRAREN KOLORE EZBERDINAK

Ez dago inolako ezberdintasun fisiko edo kimikorik kolore ezberdinen artean. Ekialdeko filosofiak koloreen eragina gogoaldatean onartzen du (kromoterapia)

- Gorria: argi esprektuko kolorerik ilunena da. Argi asko xurgatzen du eta bendajearen azpiko tenperatura pittin bat igo-tzen lagunduko du. Zonaldeko tenperatura igo nahi denean erabiltzen da.
- Urdina: argi esprektuko kolorerik argiena da. Bendajearen azpiko tenperatura gutxitzen lagunduko du. Ehunen tenperatura murriztu nahi denean erabiltzen da.
- Beigea: Bendajea deigarriagia izan ez dadin erabiltzen da.

5- BENDAJEAREN FUNTZIOAK

5.1- Gihar ehunari dagokionez:

- Gihar tonua erregulatu eta normalizatzen du.
- Pertsonaren gorputz-jarrera hobetzen du.
- Gihar ahulen kontrakzio muskularra hobetzen du.
- Gihar baten hiperluzapen zein hiperkontrakzioa gutxitzen ditu.
- Nekea, gihar-min eta karranpak gutxitzen ditu.
- Lesio baten sendatze prozesua bizkortzen du uneoro mugimendu osoa bermatuz.

5.2- Artikulazioei dagokienez:

- Sistema propiozeptibo zein neuromuskularraren estimulazioa.
- Artikulazio zein gihar-ehunen euskarria eta oreka.
- Artikulazioen lerrotatze falta doitzen du.
- Mugimenduaren norabidea zuzentzen du.
- Artikulazio zein gihar-ehunetan jatorria duen mina gutxitzen du.

5.3- Odol zirkulazioari dagokionez:

- Linfaren ebakuazioan laguntzen du.
- Edemen birxurgapenean laguntzen du.
- Odolaren itzulera-ibilbidea hobetu eta ondorioz elikagaien ekarpena mesedetzen du.
- Ehunen tenperatura jeisten du.
- Handitutako zonaldea murrizten du.

5.4- Sentimenari dagokionez:

- Sentimen-hartzaileenganako presioa gutxitzen du.
- Erreflexu bideak martxan jartzen dituzten mekanorrezeptoak estimulatzen ditu.

5.5- Sistema analgesiko endogenoak aktibatzen ditu (bizkarrezurreko sistema inhibitzailea eta orokorra).**6- APLIKAPEN PRINTZPIOAK:**

- Balorazio zuzen eta zehatza egitea.
- Aplikapenak osagarriak badira, aplikapen ezberdinak konbinatu litezke.
- Konbinatutako aplikapenetan linfarekin zerikusia duen aplikapenen bat jarri gero, hau beti izango da lehendabizikoa.
- Bendajearen tentsioaren portzentaia bilatzen dugun helburuaren arabera denez, ondokoa izan liteke:
 - Tentsio gabekoa: gainazaleko efektua. Azala eta kanpo errezeptoreengan izango du eragina.
 - Tentsioduna: eragin sakona. Fazio sakon eta propiozeptoreengan izango du eragina.
- Esparatrapuaren ertzak biribildu beharko dira; horrela, esparatrapuak ongi eutsiko du azalean eta gehiago iraungo du.
- Aplikazio norantzaren arabera, gihar funtzioan eragin ezberdina izango du:
 - Indartzeko: Esparatrapuaren norantza jatorritik sartze-punturakoa izango da.
 - Erlaxatzeko: Esparatrapuaren norantza sartze-puntutik jatorrirakoa izango da.



Kinesiotaping-eko zintak

Ekintza hau neuroerreflexu mekanismo baten oinarritzen da.

Esparatrapu forma ezberdinak erabiltzen dira: Y eta X formak. Esparatrapuaren forma, tiren luzera eta X-ak sortzen duen itxura, tratatzen den giharraren forma zein tamainaren arabera izango dira.

- Azalak garbia, lehorra eta koiperik gabe beharko du egon.

7- KONTRAINDIKAZIOAK:

- Praxis traketsa (teknikaren ezagutza faltarengatikoa).
- Tronbosia.
- Zauri irekietan aplikapen zuzena.
- Kolpe gogorrak.
- Edema orokorrak (bihotz zein giltzurrun arazoak)
- Kapilare zein azal hauskortasuna.
- Karzinoma zein metastazien presentzia.

- Esparatrapua ezerosoa bada edo mina sortzen badu, erabilitako teknika birbaloratu egin beharko da, eta ondorez jarraituz gero, tratatua izan behar du.

BIBLIOGRAFIA

1. Yasukawa A, Patel P, et al. Pilot study: Investigating the effects of kinesio taping in an acute pediatric rehabilitation setting. *American Journal of Occupational Therapy* 2006; 60 (1): 104-110.
2. Fu T, Wong A, et al. Effect of kinesio taping on muscle strength in athletes- a pilot study. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2008; 11: 198-201.
3. Neves A, Cruz A, et al. Bandas neuromusculares: um complemento na abordagem da fisioterapia ombro doloroso. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2008.
4. Domingo P. La utilización de kinesio taping en los tratamientos de fisioterapia. *Boletín informativo de la Asociación Española de terapeutas Bobath* 2006; 17: 33-36.
5. Kenzo K. *Illustrated Kinesio Taping*. Tokio 1997.
6. Kenzo K, Tatsuyuki H, Tomoki O. *Kinesio Taping perfect manual*. Tokyo 1996.
7. Josya Sijmonsma. *Taping Neuro muscular manual*. 2007.
8. Bellia, R. Strappo muscolare (3º grado) in donna di 50 anni: trattamento riabilitativo e applicazione del tapping kinesiologico. www.fisiobrain.com
9. Luque A, Fuente M, et al. El vendaje neuromuscular (I): Introducción y conceptos básicos. *Revista andaluza de podología* 2009; 1: 14-16
10. Selva F. *Fisioterapia al día* 2008; 1: 36-41.
11. Aguirre T, Achalandabaso M. *Kinesiology Tape Manual. Aplicaciones prácticas*. 2009
12. Halst T, McChesney J, et al. The effects of kinesio taping on proprioception at the ankle. *Journal of Sports Science and Medicine* 2004; 3: 3-7.

**Aritz Monasterio. Col. Nº 231
Jon Pagazaurtundua. Fisioterapeuta**

Gogoratzen dizuegu, euskeraz jasotzen ditugun artikulatuak hizkuntza beran argitaratuko direla, geroxeago gure Web orriaren bidez, Elkarberri digitalan itzulpena edukiko duzue.

Os recordamos que los artículos que se reciban en euskera serán publicados en ese mismo idioma, pudiendo encontrar posteriormente la traducción en la versión digital del Elkarberri, accesible a través de la web colegial.

VENDAS DE COLORES

Aritz Monasterio Arana
Jon Pagazaurtundua Isusi

1- ORIGEN DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR

Esta Técnica fue desarrollada por el doctor Kenzo en Japón hace 25 años. Este innovador y efectivo método tiene su origen en la quinesiología y la quiropraxia. Su técnica se centra en la función muscular que activa el proceso natural de curación del cuerpo. Para la consecución de dicho objetivo se emplea un esparadrápelo elástico que imita las características de la piel.

Actualmente, el vendaje neuromuscular, conocido como "Kinesiotaping", "Medical Taping" o simplemente "vendas de colores" se ha hecho popular, sobre todo, por el uso que han hecho de él diversos deportistas y, en consecuencia, por el eco que ha tenido en los medios de comunicación.



Vendaje con cintas de Kinesiotaping

2- CARACTERÍSTICAS DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR

- El vendaje tiene una elasticidad de 140%. Se puede estirar longitudinalmente hasta un 60% de su largura original. Sin embargo está diseñado de tal forma que no se estira transversalmente, o sea, a lo ancho.
- Las características de elasticidad de la venda podrán durar de cuatro a cinco días, dependiendo de la parte del cuerpo en la que han sido fijadas. El grosor de la venda es similar al de la piel humana. De esta forma (siempre que se aplique correctamente) se anula la percepción de peso y se evita la estimulación sensitiva.
- La venda es de algodón al 100%. Esto posibilita un secado rápido, ya que facilita la transpiración evitando la humedad de la zona. Por otra parte, no le perjudica el agua, de modo que no supone ningún problema para la higiene personal.
- El adhesivo no contiene látex. Es 100% acrílico y se activa mediante el calor.
- La parte adhesiva de la venda imita las huellas dactilares y gracias a esos pequeños pliegues se arranca más fácilmente la venda.
- El esparadrápelo lo encontraremos adherido a un plástico protector, fijado según un determinado punto de tensión. Esta tensión suele suponer el 15-20% de la tensión total del esparadrápelo.

- Dicho porcentaje suele variar entre las distintas marcas que podamos encontrar en el mercado.
- Por ello, antes de aplicar el esparadrápelo se recomienda realizar la siguiente prueba para determinar la tensión del mismo: cortaremos una tira de 10 cm de longitud (100%). A continuación, se retira el plástico protector y se vuelve a medir. Si la longitud de la tira es ahora de 8 cm (es decir, el 80% del original) sabremos que la tensión del esparadrápelo protegido por el plástico es de 20%.

3- MEDIDAS DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR

- Medida estándar: 5 cm x 5 m
- Personas adultas: 7,5 cm x 5 m
- Dedos y tratamientos neurológicos: 2,5 cm x 5 m
- Tobillos y niños: 3,5 cm x 5 m

4- DIVERSOS COLORES DE LOS VENDAJES NEUROMUSCULARES

No hay diferencias físicas ni químicas entre los diferentes colores. Son debidos a la filosofía oriental, según la cual los colores influyen en el estado de ánimo de las personas (cromoterapia).

- Rojo: es el color más oscuro del espectro luminoso. Absorbe mucha luz y ayudará a elevar un poco la temperatura de la zona situada debajo del vendaje. Se emplea cuando interesa elevar la temperatura de la zona.
- Azul: es el color más claro del espectro luminoso. Ayuda a bajar la temperatura de la zona situada debajo del vendaje. Se emplea cuando interesa bajar la temperatura de los tejidos.
- Beige: Se emplea para que el color no resulte demasiado llamativo.

5- FUNCIONES DEL VENDAJE

5.1- Respecto al tejido muscular:

- Regulariza y normaliza el tono muscular.
- Mejora la posición corporal de la persona.
- Mejora la contracción muscular de los músculos débiles.
- Reduce tanto el hiperestiramiento como la hipercontracción muscular.
- Reduce el agotamiento, el dolor muscular y los calambres.
- Acelera el proceso de curación de las lesiones, ya que en todo momento posibilita el movimiento completo.

5.2- Respecto a las articulaciones:

- Estimulación tanto del sistema propioceptivo como del neuromuscular.
- Soporte y equilibrio de las articulaciones y tejidos musculares.
- Ajusta la falta de alineación de las articulaciones.
- Dirige el sentido de los movimientos.
- Alivia el dolor procedente de las articulaciones y de los tejidos musculares.

5.3- Respecto a circulación sanguínea:

- Favorece la evacuación linfática.
- Favorece la reabsorción de los edemas.
- Mejora el retorno sanguíneo, y en consecuencia favorece el aporte de nutrientes.
- Reduce la temperatura de los tejidos.

5.4- Respecto a la sensibilidad:

- Reduce la presión de los receptores sensitivos.
- Estimula los mecanorreceptores que activan las vías de los reflejos.

5.5- Activa los sistemas analgésicos endógenos (el sistema inhibidor de la columna vertebral y el general).

6- PRINCIPIOS PARA LA APLICACIÓN:

- Realizar una valoración correcta y exacta.
- Si las aplicaciones son complementarias, se pueden combinar aplicaciones distintas.
- Si entre las aplicaciones combinadas hay alguna que tiene relación con la linfa, ésta se colocará la primera.
- Ya que el porcentaje de la tensión del vendaje es proporcional al objetivo que se persigue, podría ser el siguiente:
 - Sin tensión: efecto superficial. Tendrá efecto sobre la piel y los receptores externos.
 - Con tensión: efecto profundo. Tendrá efecto sobre la fascia profunda y los propioceptores.
- Conviene redondear los bordes del esparadrapo; así se mantendrá mejor adherido a la piel y durará mas tiempo.
- Según sea el sentido de la aplicación, será distinto su efecto en la función muscular.
 - Para reforzar: El sentido del esparadrapo será desde el origen al punto de entrada.
 - Para relajar: El sentido del esparadrapo será desde el punto de entrada hacia el origen.



Cintas de Kinesiotaping

Esta acción se basa en un mecanismo de neurorreflejo.

Se emplean distintas formas de esparadrapo: las formas de Y y X. La forma del esparadrapo, la largura de las tiras y Los trazados que marca la X serán acordes a la forma de la zona muscular que se trata y a su tamaño.

- La piel debe estar limpia, seca y sin grasa.

7- CONTRAINDICACIONES:

- Praxis torpe (debida a desconocimiento de la técnica).
- Trombosis.
- Aplicación directa sobre herida.
- Golpes fuertes.
- Edemas generalizados (Problemas de corazón o riñón)
- Fragilidad de capilares y de piel.
- Presencia de carcinoma o metástasis.
- Si el esparadrapo resulta molesto o doloroso habrá que volver a valorar la técnica empleada, y si el mal persiste habrá que aplicar un tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yasukawa A, Patel P, et al. Pilot study: Investigating the effects of kinesio taping in an acute pediatric rehabilitation setting. American Journal of Occupational Therapy 2006; 60 (1): 104-110.
2. Fu T, Wong A, et al. Effect of kinesio taping on muscle strength in athletes- a pilot study. Journal of Science and Medicine in Sport 2008; 11: 198-201.
3. Neves A, Cruz A, et al. Bandas neuromusculares: um complemento na abordagem da fisioterapia ombro doloroso. Journal of Science and Medicine in Sport 2008.
4. Domingo P. La utilización de kinesio taping en los tratamientos de fisioterapia. Boletín informativo de la Asociación Española de terapeutas Bobath 2006; 17: 33-36.
5. Kenzo K. Illustrated Kinesio Taping. Tokio 1997.
6. Kenzo K, Tatsuyuki H, Tomoki O. Kinesio Taping perfect manual. Tokyo 1996.
7. Josya Sijmonsma. Taping Neuro muscular manual. 2007.
8. Bellia, R. Strappo muscolare (3º grado) in donna di 50 anni: trattamento riabilitativo e applicazione del tapping kinesiologico. www.fisio-brain.com
9. Luque A, Fuente M, et al. El vendaje neuromuscular (I): Introducción y conceptos básicos. Revista andaluza de podología 2009; 1: 14-16
10. Selva F. Fisioterapia al día 2008; 1: 36-41.
11. Aguirre T, Achalandabaso M. Kinesiology Tape Manual. Aplicaciones prácticas. 2009
12. Halsth T, McChesney J, et al. The effects of kinesio taping on proprioception at the ankle. Journal of Sports Science and Medicine 2004; 3: 3-7.

**Aritz Monasterio. Col. Nº 231
Jon Pagazaurtundua. Fisioterapeuta**

Gogoratzzen dizuegu, euskeraz jasotzen ditugun artikuluak hizkuntza beran argitaratuko direla, geroxeago gure Web orriaren bidez, Elkarberri digitalan itzulpena edukiko duzue.

Os recordamos que los artículos que se reciban en euskera serán publicados en ese mismo idioma, pudiendo encontrar posteriormente la traducción en la versión digital del Elkarberri, accesible a través de la web colegial.

BUZÓN DEL COLEGIADO - ELKARGOKIDEAREN BUZOIA

Estimado colegiado:

Os presentamos esta nueva sección dedicada a todos vosotros. Esperamos contar con vuestras noticias, ideas, sugerencias y quejas para poder conseguir entre todos mejorar el gran proyecto que tenemos en común, nuestra profesión.

Contamos contigo.

Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo

Elkargokide agurgarria,

Zuei eskainitako atal berri hau aurkezten dizuegu. Zuen berriak, iradokizunak eta kexak jasotzea espero dugu, modu honetan guztion artean daukagun proiektu hau, gure lanbidea, hobetzea lortzeko.

Zure partaidetza espero dugu.

Komunikazio, Publizitate eta Protokoloko Batzordea



Despedida a Marian Pinedo, Fisioterapeuta, ambulatorio de Galdakao.

Nuestra compañera Isolina Bañuelos ha descrito cariñosamente a nuestra querida Marian como:

“Pequeña, menuda, afable, cariñosa, de voz suave y agradable conversación, enamorada de sus nietos, querida por compañeros y pacientes. Nunca tuvo una palabra más alta que otra. Paciente con todos, andaba despacio, entraba y salía sin hacer ruido. Transmitía tranquilidad”.

Nosotros los compañeros fisioterapeutas que hemos podido disfrutar de su compañía diariamente en el gimnasio, sólo nos queda añadir que tenía un gran corazón y de tanto usarlo se desgastó.

Siempre estarás en nuestro recuerdo.

Xabier Intxaurre
Col. Nº 532

publizitatea

TÚ DECIDES

MÁSTER EN OSTEOPATÍA
FUNDACIÓ ESCOLA D'OSTEOPATIA DE BARCELONA
en colaboración con IDEC-UNIVERSITAT POMPEU FABRA

El 6 de abril se inicia el período de preinscripción

Jornadas informativas y de puertas abiertas: 17 de abril y 15 de mayo

- 120 créditos ECTS en 4 años (Tiempo Parcial)
- Metodología innovadora:
 - Clases magistrales
 - Clases teórico-prácticas
 - Tutorización del Proyecto de Investigación
 - Prácticas clínicas con pacientes reales bajo la supervisión de un tutor
 - Prácticas de anatomía (Sala de disección UAB)
- Clínica propia
- Profesorado nacional e internacional, estancia obligatoria en la European School of Osteopathy, Reino Unido



93 480 25 15
www.eobosteopatia.com



Nuevo convenio firmado con Abuelo Actual

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco ha firmado un convenio con la empresa Abuelo Actual, promotora del evento "Homenaje Abuelo-a Actual, Gaurko Nagusia" en el cual el Colegio es uno de los principales colaboradores. En dicho convenio se establecen unas ventajas para los colegiados del COFPV que se resumen en:

- A todos aquellos/as fisioterapeutas que acrediten estar debidamente colegiados/as, se les hará un 15 % de descuento* en todos los artículos (excepto los hechos a medida y en supresión de barreras). Este descuento se hará extensivo a sus familiares de primer grado.

- Se aplicará un 15% de descuento* al mobiliario ergonómico y material para equipamiento de consultas de fisioterapia.



Inés Venero, Representante de Abuelo Actual e Iban Arrien, Presidente del COFPV

- Se pondrá a disposición de los colegiados todo el material e información necesaria para la realización de demostraciones y charlas.

Esperando que este convenio sea de vuestro interés, os saluda.

Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo

* Descuento en estos casos no acumulable a otras ofertas.



Omenaldia / Homenaje 2010
Gaurko Nagusia
Abuelo-a Actual

Gizarte-eremuan egindako ekarpenentzat
 Contribuciones en el ámbito social

www.homenajeabueloactual.es / www.gaurkonagusia.es

El periódico "Entre Mayores" publica un amplio reportaje sobre el premio
UNA INICIATIVA QUE DESTACA



A pesar de ser un proyecto recién llegado, el premio "Gaurko Nagusia; Abuelo-a Actual" ha despertado la simpatía y el apoyo de todo el que lo conoce, tanto en nuestro entorno como fuera de él. Así ha ocurrido también en el periódico "EM-Entre mayores", el medio impreso de referencia en el ámbito de la tercera edad. Esta publicación de difusión nacional recoge entre sus páginas la actualidad y las noticias más relevantes relacionadas con los mayores. Entre ellas ha dado una cobertura especial a nuestra iniciativa publicando un reportaje que explica sus principales ejes y recoge la opinión de los organizadores. Puedes leerlo completo en la sala de prensa de nuestra web.

Nuestro premio y nuestro símbolo es una obra de arte
AGUSTIN IBARROLA CREA UNA ESCULTURA PARA EL HOMENAJE



Agustín Ibarrola en una de nuestras reuniones de trabajo

"Amama y Aitite: los abuelos" es una de las obras en las que el escultor Agustín Ibarrola está trabajando en estos momentos. Se trata del premio y el símbolo de nuestro homenaje que se entregará en la gala de celebración a los elegidos por el jurado entre los candidatos finalistas.

Ibarrola ha querido colaborar con este reconocimiento social a los mayores, ofreciéndonos su visión artística del homenaje en una obra exclusiva de edición limitada, ya que sólo se realizarán 50 ejemplares para las distintas ediciones presentes y futuras del premio. ¡Todo un honor para el premio y para los premiados!

Si no quieres seguir recibiendo este mensaje comunícanoslo a la siguiente dirección josemanuel@serviciosperiodisticos.es

Inés Venero Álvarez

Para información y candidaturas: Tienda Abuelo Actual
info@abueloactual.com
 Tel. 94 415 57 06

José Manuel Blasco

Coordinación y organización - Spb_Servicios Periodísticos
josemanuel@serviciosperiodisticos.es

“Lesiones de rodilla: el terror de los deportistas”

Fernando Jordá Santos, Diplomado en Fisioterapia por la Universidad CEU San Pablo (Madrid). Osteópata C.O. por la EOM. Subdirector del centro de formación en ciencias de la salud THERAFORM de Petrel (Alicante). Actualmente desarrolla su trabajo en el centro de fisioterapia y recuperación funcional Physis de Elda, Alicante y en Osteomedic centro de fisioterapia, osteopatía, podología y medicina de Petrel, Alicante.

Como fisioterapeuta que trabaja con colectivos deportivos, ¿cuáles son los que más acuden a la consulta?

Nosotros trabajamos con diferentes federaciones deportivas, como por ejemplo la Mutualidad General Deportiva, en la que puntualmente me gusta colaborar con algún artículo de rodilla para su revista Prevenir, la federación de fútbol de Alicante, y diferentes compañías de seguros que prestan sus servicios a deportistas.

Vemos muchos federados en montaña, baloncesto, balonmano, fútbol, tenis, natación,... así como pilotos de motocross de la talla de Álvaro Lozano, campeón de España o Antonio Ortuño, subcampeón de Europa de dicha modalidad.

Pero hay que tener en cuenta que esto va variando, ya que muchas federaciones cambian de compañía a lo largo del tiempo según sus intereses.

¿Crees que está el fisioterapeuta valorado dentro de los colectivos deportivos como algo importante y necesario?

El mundo deportivo es uno de los campos en los que el fisioterapeuta representa una figura cada vez más significativa, tanto a nivel de prevención de lesiones como a la hora de resolverlas, así como de aconsejar al paciente qué debe hacer o adónde acudir en caso de lesión.

Es necesario que la gente se dé cuenta de que en muchas ocasiones podemos atajar procesos lesivos de una manera concluyente, sin necesidad de visitar al médico y siempre que el diagnóstico sea el correcto así como la indicación de nuestro tratamiento.

En tu trabajo como especialista en lesiones de rodilla, ¿cuáles son las más comunes?

Tenemos muchas plastias de ligamento cruzado anterior, meniscectomías artroscópicas, luxaciones de rótula, realineaciones del aparato extensor de la rodilla, esguinces, tendinitis, bursitis... pero podríamos decir que entre las más frecuentes se encuentra el esguince de ligamento lateral interno y el síndrome femoropatelar sobre todo en mujeres jóvenes, deportistas y que a la vez asocian patela alta, pequeña e hipotonía del vasto medial.

¿Cuándo es el mejor momento para valorar y tratar una lesión de rodilla?

La valoración por parte del fisioterapeuta tiene que ser lo antes posible para así poder atajar el proceso con la máxima rapidez posible o derivarlo, en caso de ser necesario, al médico especialista. Respecto al tratamiento, podríamos decir lo mismo, ya que cuanto antes comencemos con el proceso de rehabilitación menor será el tiempo de recuperación, siempre que no exista alguna contraindicación al tratamiento precoz.

¿Qué tratamiento aplicarías para una lesión de menisco? ¿Y de ligamento? ¿Y para una luxación de rótula?

Cada lesión tiene un proceso de rehabilitación diferente, pero en la mayoría de casos, existe un denominador común que no se nos puede pasar nunca por alto, ya que es el elemento que estabiliza y reequilibra la articulación de la rodilla, y es la tonificación del vasto medial del cuádriceps. Además, también es muy importante realizar ejercicios propioceptivos, ya que estimulan los husos neuromusculares, órganos tendinosos de Golgi y los mecanorreceptores de los ligamentos y cápsula articular que a su

vez mandan información a nivel talámico y corteza parietal permitiendo la reeducación articular.

¿Cuáles son las técnicas fisioterápicas que más utilizas?

Lo que más utilizo es sin duda la terapia manual, te permite sentir y ver qué es lo que sucede en los tejidos a la vez que trabajas en la lesión. Por lo demás voy escogiendo las técnicas según las necesidades del tratamiento.

Normalmente voy alternando técnicas, no me gusta protocolizar en exceso los tratamientos, e intento seguir día a día la lesión, para saber exactamente que necesidades existen.

¿Consideras que es necesario que exista una renovación en las técnicas aplicadas de la fisioterapia?

Creo que la renovación existe, cada vez hay más cursos de postgrado en los que se imparten nuevas técnicas, muchas de ellas muy interesantes y novedosas, por lo que cada vez tenemos más herramientas para poder trabajar.

Lo que si veo necesario es que el fisioterapeuta como profesional sanitario tenga más instrumentos tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento. Con esto me refiero a poder prescribir radiografías, resonancias, ecografías, recetar ciertos medicamentos etc., así como utilizar técnicas de punción e infiltraciones. Todo ello con el objetivo de dar un diagnóstico correcto y un tratamiento completo. Aquí es donde más tenemos que trabajar todos los colectivos, ya sean asociaciones, colegios oficiales, etc...

¿Qué técnicas novedosas has incorporado recientemente a tus tratamientos?

Hace muy poco estuvimos viendo la E.P.I. (Electrolisis Percutánea Intratisular) con Jose Manuel Sánchez, creador de la técnica, en nuestro centro de formación de Petrel.

Me parece algo muy novedoso y que tiene efectos muy beneficiosos y rápidos, más en fisioterapia deportiva, inclu-

so en patología crónica. Además se aplica guiada con ecógrafo, por lo que la aplicación es muy eficaz.

¿Cuánto tiempo consideras que es necesario para recuperarse de una lesión de rodilla?

Según que tipo de lesión, y de si hay alguna complicación o no en el proceso. Lo más importante para una rápida recuperación es empezar a tratar la lesión cuanto antes, tanto que en intervenciones quirúrgicas sería interesante iniciar el programa de rehabilitación antes de la intervención.

¿Crees que son las malas posturas las causantes de nuestros males de rodilla?

No creo que este sea un factor a tener en cuenta en patología de rodilla. Sí que es cierto que podemos encontrar con más frecuencia ciertas lesiones asociadas a posturas mantenidas, como por ejemplo y en caso de la rodilla a estar mucho tiempo de cuclillas, arrodillado, etc.

¿Qué consideras que es imprescindible para una recuperación de rodilla?

Como ya he dicho antes, la tonificación del vasto medial es obligatoria si queremos tener éxito en el proceso de rehabilitación de la rodilla.

En todo el proceso de recuperación, ¿qué importancia le atribuyes al fisioterapeuta entre el resto de profesionales sanitarios?

Creo que es fundamental. Tanto los profesionales sanitarios, como los propios pacientes deben darse cuenta que el fisioterapeuta tiene las herramientas necesarias para completar con éxito el tratamiento de una lesión.

Ahora mismo tengo una paciente en la consulta, la cual fue intervenida de una meniscectomía artroscópica, que cuando le dieron el alta, no le indicaron rehabilitación. A los dos meses acude a consulta de fisioterapia con hirsutismo, hiperextensión limitada, síndrome femoropatelar, hipotonía del cuádriceps, dolor...

Con esto quiero decir que aún no se conoce el trabajo del fisioterapeuta, ni en el ámbito sanitario ni en el social.

Mucha gente cree que somos masajistas, y como mucho que ponemos corrientes y calor, por lo que hay que terminar con este paradigma.

Muchos deportistas lesionados, se desesperan y quieren obtener rápidos resultados a sus dolencias. ¿Es esto posible siempre? ¿Por qué consiguen ellos recuperaciones en tiempo récord?

Nuestra finalidad, como fisioterapeutas, es obtener una rápida vuelta a las actividades de la vida diaria, y más en el ámbito deportivo. Para esto debemos conocer bien el proceso de recuperación y las complicaciones que puedan surgir para atajarlas con la mayor celeridad posible.

Los deportistas de élite normalmente son personas muy resistentes a los infortunios y con alto poder de recuperación. Además disponen de tiempo y medios para seguir las pautas e indicaciones de los médicos, fisioterapeutas, etc.

Un saludo. Gracias.

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADO



Fisioformación

Estiramientos y Levées de Tensiones - Prof. Gilles Peninou
14-16 de Mayo 2.010 25 horas

Vendaje Neuromuscular y Exteroceptivo (Kinesiotaping)
José Manuel Fernández y/o Ramon Aiguadé 15 horas

FISIOTERAPIA CONSERVADORA E INVASIVA DEL SDM - PUNTOS GATILLO
Prof. Orlando Mayoral, Juan Manuel Martínez, Enric Lluch, Daniel Pecos
Seminarios Travell y Simons 100 horas

Fibrolisis Instrumental Miofascial (Ganchos)
Noviembre 2010 40 horas

DONOSTIA

CURSOS DE VERANO EN TENERIFE Y GIJÓN

Euskadi 10-11

Telf. 93.460.50.46
Fax 93.460.50.48

www.fisioformacion.com
info@fisioformacion.com

Cursos en Santander, Logroño, Gijón, Pamplona, Barcelona, Madrid...



COMISIÓN DE INTRUSISMO

Roberto Romero Soto

Una de las actividades que se desarrollan con cierta periodicidad en la Comisión de Intrusismo es el desarrollo de “barridos de búsqueda en la web” con el fin de encontrar situaciones irregulares o contrarias a los intereses de la profesión.

En este contexto de búsqueda aleatoria nos resultó alarmante encontrar logotipos oficiales del Gobierno Vasco y de la C.E.E. en la sección “Ofertas de cursos” de un centro formativo de Terapias Manuales - omitimos dar a conocer su identidad por motivos de seguridad -. Junto a éstos, se hace referencia a subvenciones oficiales en sus cursos de masajes terapéuticos, kinesiología, osteopatía,... concedidas por la Fundación Tripartita Hobetuz (Gobierno Vasco, CONFEBASK, Sindicatos - UGT Y CC.OO.-) y por el Servicio Vasco de Empleo - LANBIDE.

Al margen de que identifiquemos estos centros formativos como las verdaderas cunas de los futuros intrusistas profesionales, nada podemos hacer ante la actividad formativa de los mismos. La Libertad de Enseñanza y, por ende, de aprendizaje, es un derecho fundamental recogido incluso en la Carta Magna y, por tanto, nada podemos objetar contra la legitimidad de su actividad.

Sin embargo, la concesión de este tipo de subvenciones oficiales a estos centros por parte de la Administración Pública, a través de Programas de fomento del Empleo y la Formación continuada, concede una inequívoca y engañosa imagen de oficialidad y cuasi-habilitación a sus títulos que utilizan sus gestores de una forma descaradamente falaz.



“Con la titulación de HOBETUZ, Ud. podrá trabajar... es más, estará preparado para ello”. Ésta es la respuesta que, vía e-mail, se nos ha trasladado por parte de responsables de este

centro formativo ante nuestra demanda de información, tras haber mostrado interés en un curso de Masaje Terapéutico.

Tras recabar toda la información -relación de centros subvencionados, programas de cursos activados y el intercambio de e-mails entre un supuesto interesado en matricularse y los responsables de un centro formativo-, emplazamos a una reunión al Director General de EGAILAN - Sociedad Pública del Gobierno Vasco para la Promoción de la Formación para el Empleo y responsable operativo de LANBIDE -.

Valoramos positivamente el desarrollo de la misma, satisfecha este pasado 5 de marzo, y destacamos la buena predisposición y preocupación manifestada por el Sr. Ramos - Director de EGAILAN - ante la información vertida por los miembros del COFPV.

El Sr. Ramos participa de nuestra preocupante “impresión de engañosa oficialidad que se esconde tras la concesión de este tipo de subvenciones económicas” a cursos cuyos programas formativos incluyen técnicas, conceptos y abordajes propios de la Fisioterapia. Ambas partes coincidimos en que la no inclusión de unos criterios más selectivos a la hora de abordar la concesión o no de estas ayudas es el aspecto fundamental a corregir, en aras de evitar estas situaciones engañosas y abortar los posibles intentos de estafa.

La promesa de adoptar con urgencia las medidas que sean necesarias para corregir esta situación, así como la invitación expresa a que sea el propio COFPV el que colabore, de manera directa, en el diseño y desarrollo de los criterios a tener en cuenta, son dos de las decisiones preliminares trasladadas, que han sido recogidas como muy positivas por parte de esta Junta de Gobierno.

No obstante, sobra decir, que nuestro compromiso y postura se mantienen firmes y vigilantes hasta que se corrija una situación que, a todas luces, nos resulta insostenible.

Por nuestra parte, os mantendremos informados de los posibles resultados que puedan ofrecernos las distintas gestiones llevadas a cabo.

Asimismo, reiteramos nuestra solicitud de ayuda para que compartáis con nosotros cualquier información de esta índole que pudiera resultar de interés.

Mila esker eta agur bero bat.

Roberto Romero Soto
Comisión de Intrusismo del COFPV

EVENTOS DEPORTIVOS 2010

Estimado/a Colegiado/a,

Como en años anteriores, nos han solicitado la presencia de fisioterapeutas para determinados eventos deportivos. Os invitamos a participar en los mismos, ya que puede ser una oportunidad para conocer la mecánica de trabajo de clubes de fútbol, asociaciones deportivas,... así como de hacer valer las propias habilidades personales en fisioterapia, estableciendo así la diferencia entre nosotros y los/las masajistas. Estas colaboraciones son totalmente desinteresadas y se realizan de forma gratuita. Cualquier tipo de compensación, bien económica, o mediante entrega de material deportivo, será a elección de la propia entidad organizadora del evento.

Las fechas de los eventos son:

Duathlon de Arrigorriaga:

Sábado 17 de abril en Arrigorriaga, de 17 a 20,30 horas aprox.

Duathlon de Amorebieta:

Sábado 1 de mayo en Amorebieta, de 11 a 14,30 horas aprox.

Arratzu Urdaibai:

Domingo 2 de mayo en Arratzu, de 11 a 14 horas aprox.

Meeting Paraolímpico de Basauri:

Domingo 30 de mayo en Basauri, de 10 a 14 horas aprox.

Forum Sport Kosta Trail:

Domingo 13 de junio en Górliz, de 10,30 a 14,30 horas aprox.

Os rogamos que aquellas personas interesadas, os pongáis en contacto con la Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo del Colegio (comunicacion@cofpv.org; tel. **94 402 0155**) a fin de dejar vuestros datos, especificando el/los evento/s y los días para los que os comprometéis.

¡Muchas gracias a todos/as!

Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo del COFPV

Elkargokide agurgarria,

Aurreko urteetan bezala, fisioterapeuten presentzia eskatu digute kirol jazoera batzuetarako. Ekintza hauetan parte hartzera gonbidatzen zaituztegu, era honetan futbol klub, kirol elkarte,... etako lan mekanika ezagutzeko aukera izango duzue, bai eta fisioterapeuten trebezia pertsonalak erakusteko ere, horrela, gure eta masajisten artean dagoen desberdintasuna argi utziz. Lankidetzak hauek inolako irabazi asmorik gabe eta dohainik egiten dira. Edozein ordainsari mota, dela dirutan edo dela kirol materialetan, jazoera antolatzen duen erakundearen esku geratzen da.

Jazoeren datak honako hauek dira:

Arrigorriagako Duathlona:

Apirilaren 17an, larunbata, 17:00etatik 20:30etara gutxi gorabehera.

Zornotzako Duathlona:

Maiatzak 1, larunbata, Zornotzan, 11:00etatik 14:00etara gutxi gorabehera.

Arratzu Urdaibai:

Maiatzak 2, igandea, Arratzun, 11:00etatik 14:00etara gutxi gorabehera.

Basauriko Meeting Paraolimpikoa:

Maiatzak 30, igandea, Basaurin, 10:00etatik 14:00etara gutxi gorabehera.

Forum Sport Kosta Trail:

Ekainak 13, igandea, Górlizen, 10:30etatik 14:30etara gutxi gorabehera.

Interesaturik zaudeten guztioi eskatzen dizuegu jarri zaitezte harremanetan Elkargoko Komunikazio, Publizitate eta Protokoloko Batzordearekin (comunicacion@cofpv.org; tel. **94 402 0155**) zeuon datuak emateko eta zein egun eta zein jazoeratan parte hartzera konprometitzen zareten adierazteko.

Eskerrik asko denoi!

EFEOKo Komunikazio, Publizitate eta Protokoloko Batzordea

CGCFE - SERVICIO ORIENTACIÓN LABORAL

Estimado/a Colegiado/a:

Te presentamos el Portal de Orientación Laboral del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, creado para dar respuesta a las necesidades e intereses profesionales, y con el fin de facilitar la búsqueda de empleo y la inserción laboral en el mercado nacional e internacional.

El portal dispone de un extenso apartado documental desde el que podéis bajaros directamente herramientas y estrategias básicas en la búsqueda de empleo, como confeccionar un Currículum Vitae, o preparar una entrevista de trabajo. Están disponibles además las principales fuentes de información en la búsqueda de empleo dentro y fuera de nuestras fronteras, y sus principales enlaces en la Red, así como información detallada de otros países que iremos incluyendo para tu consulta.

Recuerda que este portal es una orientación laboral para fisioterapeutas; si deseáis formular preguntas específicas sobre asesoría laboral, os aconsejamos que os dirijáis a vuestro colegio.

< <http://consejo-fisioterapia.org/orientacionlaboral> >

Comité Ejecutivo
Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España



**ESTATUTO DEL TRABAJO AUTÓNOMO****Disposición adicional decimoquinta. Encuadramiento en la Seguridad Social del personal estatutario de los Servicios de Salud que realice actividades complementarias privadas.**

Las personas incluidas en el ámbito de aplicación del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que presten servicios, a tiempo completo, en los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas o en los centros dependientes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, y que, además, realicen actividades complementarias privadas, por las que deban quedar incluidas en el sistema de la Seguridad Social, quedarán encuadradas, por estas últimas actividades, en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

A fin de cumplimentar la obligación anterior, en el caso de profesionales colegiados a los que se refiere la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de supervisión y ordenación de los seguros privados, los mismos podrán optar entre solicitar el alta en el mencionado Régimen Especial o incorporarse a la correspondiente Mutualidad alternativa de las previstas en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de supervisión y ordenación de los seguros privados.

Boletín Oficial del Estado: 31 de diciembre de 2009, Núm. 315. D.A decimoquinta.

**ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA**

El pasado sábado 13 de marzo, tuvo lugar en Bilbao la primera Asamblea Ordinaria del COFPV de 2010. En el Orden del Día programado se incluían aspectos importantes de la profesión, resumen pormenorizado de las actividades realizadas por las distintas comisiones del colegio y la solicitud de aprobación de las cuentas correspondientes al 2009, entre otros.

Tal y como se había proyectado, el compañero y profesor Alesander Badiola, Director del Grado de Fisioterapia de la Universidad Ramón Llull (Blanquerna), ofreció una interesantísima charla informativa bajo el título "El marco de la nueva estructura universitaria: Bolonia".

La charla, programada inicialmente para desarrollarse en treinta minutos, se dilató durante algo más de una hora dado el gran interés general que despertó y las dudas suscitadas entre los presentes. Dudas e inquietudes, magistralmente satisfechas por el profesor y compañero Alesander.

Una vez más, y muy a nuestro pesar, la paupérrima participación en la Asamblea que se desarrollaba a posteriori, nos dejaba un agri dulce sabor de boca de la jornada.

Consejo Redacción

**GRUPO DE ACUPUNTURA**

¿Compaginas la fisioterapia con la acupuntura?
¿Te gustaría compartir tu trabajo con otros fisioterapeutas acupuntores?

Hemos creado un Grupo de Trabajo con este fin: crear un punto de encuentro entre fisioterapeutas acupuntores. Nos reunimos una vez al mes en la sede del Colegio. Si estás interesado/a en formar parte del mismo puedes contactar con nosotros en esta dirección:

acupuntura@cofpv.org

Grupo de Acupuntura

**TÍTULO OFICIAL DE GRADO**

Estimado/a colegiado/a:

Tras reiteradas consultas por parte de los colegiados, esta corporación os facilita, a través de la web colegial, un informe por parte de la Secretaría General de Universidades, sobre el acceso al Título Oficial de Grado desde el título oficial de Diplomado.

Esperando sirva para despejar las dudas suscitadas, todavía no clarificadas ni por el Ministerio competente, ni por las propias universidades, parece oportuno que la memoria del plan de estudios correspondiente se presente previamente ante el Ministerio o Consejería para su oportuna verificación.

<http://www.cofpv.org/noticias.html>

*Jon Herrero
Vicepresidente del COFPV*

Elkargokide agurgarria:

Kolegiatuek behin eta berriz egindako kontsulten ondoren, korporazio honek txosten bat igortzen dizue, gure Web orriaren bidez, Unibertsitatetako Idazkaritza Orokorraren partetik, Diplomatu Titulu Ofizialetik abiatutik Gradu titulu ofiziala lortzeko erari buruz.

Sortutako zalantzak argitzeko balioko duelakoan, hauek oraindik ez baitituzte argitu, ez eskudun Ministerioak, ez unibertsitateek eurek ere, bidezko dirudi dagokion ikasketen planaren memoria aurrez aurkeztea Ministerioaren edo Sailaren aurrean, beronen beharrezko egiaztapenerako.

http://www.cofpv.org/noticias_eus.html

*Jon Herrero
EFEO-eko Lehendakariordea*

NUEVA JUNTA DE GOBIERNO DEL COFPV



Iban Arrien Celaya
Presidente. Col. Nº 94
 Diplomado en Fisioterapia y especialista en Fisioterapia Neurológica y en Fisioterapia Domiciliaria.
 En la actualidad trabaja en RHB Domiciliaria, Bilbao (Bizkaia).
 Sus funciones son la representación institucional y es el responsable de la Comisión de Geriátría, Dependencia y Discapacidad Física.



Jon Herrero Erquiñigo
Vicepresidente. Col. Nº 1
 Licenciado en Ciencias del Trabajo, Diplomado en Fisioterapia y Enfermería.
 En la actualidad trabaja en el centro de salud de Alango, Getxo (Bizkaia).
 Sus funciones son la representación institucional, y lo relacionado con el área jurídico-administrativa.



Roberto Romero Soto
Secretario. Col. Nº 409
 Diplomado en Fisioterapia.
 En la actualidad trabaja en el Hospital Aita Menni, Bilbao (Bizkaia).
 Sus funciones son las actividades relacionadas con el área administrativa y es el responsable de la Comisión de Intrusismo Profesional.

Fernando Lázaro Conde
Tesorero. Col. Nº 230
 Diplomado en Fisioterapia y especialista en educación especial.
 En la actualidad trabaja en Berritzegune Txurdinaga (Dpto. Educación del Gobierno Vasco), Bilbao (Bizkaia).
 Sus funciones son la Contabilidad y Tesorería.



Iñigo Arrizabalaga Elejalde
Vocal 1º Col. Nº 194
 Diplomado en Fisioterapia.
 En la actualidad trabaja en el Hospital Santiago, Vitoria-Gasteiz (Araba).
 Pertenece a la Comisión de RPS del Gobierno Vasco y la Comisión del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Josu Ruiz de Velasco Artaza
Vocal 2º Col. Nº 235
 Fisioterapeuta.
 En la actualidad trabaja en el centro Physiogen, Bilbao (Bizkaia).
 Es el responsable de la Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo.



Garikoitz Aristegui Racero
Vocal 3º Col. Nº 821.
 Lic. Kinesiólogo-Fisiatra (UBA) y Fisioterapeuta.
 Actualmente trabaja en Sinergia Investigación y Fisioterapia, Orio (Gipuzkoa).
 Responsable de la Comisión de Formación, Docencia e Investigación y coordinador del Equipo de Investigación.

Edurne Andueza Zabaleta
Vocal 4º Col. Nº 363
 Diplomada en Fisioterapia.
 Actualmente trabaja en Fundación Matía, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).
 Pertenece a la Comisión de Geriátría, Dependencia y Discapacidad Física.



June Ruiz Orcajo
Vocal 5º Col. Nº 643.
 Diplomada en Fisioterapia.
 Actualmente trabaja en Fisun, Centro de Fisioterapia y Rehabilitación, Vitoria-Gasteiz (Araba).
 Pertenece a la Comisión de Intrusismo Profesional.

Alaine Azkargorta Pradera
Vocal 6º Col. Nº 700
 Diplomada en Fisioterapia.
 Actualmente trabaja en Eskualde, Barakaldo (Bizkaia).
 Pertenece a la Comisión de Formación, Docencia e Investigación.



Vanesa Polo Saborido
Vocal 7º Col. Nº 1083.
 Diplomada en Fisioterapia.
 Actualmente trabaja en el Centro de Fisioterapia y Acupuntura Vanesa Polo, Basauri (Bizkaia), y como Prf. en la E.U. de Enfermería Sant Joan de Dèu (Barcelona).
 Pertenece a la Comisión de Intrusismo Profesional.

Xabat Casado Zumeta
Vocal 8º Col. Nº 1132
 Diplomado en Fisioterapia.
 Actualmente trabaja en Atlas Fisioterapia, Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).
 Pertenece a la Comisión de Formación, Docencia e Investigación.





VÍAS ANATÓMICAS. MERIDIANOS MIOFASCIALES PARA TERAPEUTAS MANUALES Y DEL MOVIMIENTO + DVD-ROM

ISBN-13: 9788445820131
Publicado: Enero 2010
Edición: 2ª
Idioma: Español
Páginas: 312
Editorial: ELSEVIER

Contenido

Segunda edición de esta obra de gran actualidad y renovado diseño que ofrece un nuevo enfoque acerca de la anatomía miofascial, mostrando de manera detallada y por primera vez las cadenas o meridianos miofasciales por donde discurre la fuerza o tensión a lo largo del cuerpo y sus efectos sobre todo el organismo. El autor, avalado por 30 años de experiencia profesional y docencia, tiene por objetivo ampliar el campo de visión y conocimiento sobre la función de la fascia y las implicaciones y aplicaciones de las vías anatómicas, así como la interrelación entre las partes y el todo en lo que concierne el aparato locomotor (articulaciones, ligamentos, músculos, etc.), asegurando un enfoque actualizado de la fascia, elemento largamente olvidado en el estudio del movimiento. Escrito en un estilo accesible que permite la fácil comprensión y aplicación del contenido, el libro viene a confirmar las teorías existentes sobre la función de las fascias o aponeurosis sobre la biomecánica y la disfunción músculo-esquelética. El texto consta de múltiples direcciones web donde ampliar la materia. El DVD que acompaña a este libro proporciona material adicional, como vídeos e imágenes sobre las técnicas y disecciones descritas, gráficos de las vías anatómicas generados por ordenador y más fotografías de pacientes para practicar la evaluación visual. Esta segunda edición incluye numerosas actualizaciones y correcciones, producto de la práctica y la docencia continuada, así como los primeros resultados de las disecciones iniciadas tras la primera edición y algunos de los últimos descubrimientos realizados en el campo de las fascias y las miofascias desde la primera publicación. La obra se beneficia de la adición de color a la iconografía y de un diseño a todo color que permite el acceso a la información mediante un código cromático, lo que posibilita llegar rápidamente a los conceptos más relevantes para el lector que dispone de poco tiempo o un análisis detallado para el más curioso. El libro incluye más de 500 ilustraciones y fotografías (140 son nuevas) sobre los meridianos miofasciales y sobre las directrices para descubrir nuevos meridianos, así como detallados cuadros y dibujos y nuevos apéndices sobre Integración estructural y Meridianos miofasciales y medicina oriental. Dirigida a profesionales de Fisioterapia, Osteopatía, Bodywork (yoga, Pilates, entrenadores personales, etc.) y a estudiantes de Fisioterapia, INEF, Escuelas de Osteopatía, Escuelas de Masaje, Escuelas de Yoga/Pilates.

Índice

1. El mundo según la fascia. 2. Las reglas del juego. 3. Línea posterior superficial. 4. Línea frontal superficial. 5. Línea lateral. 6. Línea espiral. 7. Líneas del brazo. 8. Líneas funcionales. 9. Línea frontal profunda. 10. Vías anatómicas en movimiento. 11. Análisis estructural.
Apéndice 1. Comentario sobre los meridianos de latitud: el trabajo del Dr. Louis Schultz (1927 - 2007). Apéndice 2. Integración estructural. Apéndice 3. Meridianos miofasciales y medicina oriental. Terminología de vías anatómicas. Bibliografía. Índice alfabético.

Para obtener el descuento pactado con Librería Axón, es imprescindible indicar el Colegio al que pertenece 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

Anatomy of the spine (DVD)
Primal
Edición: 1ª
Año: Mayo 2009
Idioma: Inglés
Editorial: PRIMAL

3D Anatomy: Resistance Training (DVD)
Willardson, Jeffrey
Edición: 1ª
Año: Noviembre 2009
Idioma: Inglés
Editorial: PRIMAL

Próximas adquisiciones

Avances en diagnóstico por imágenes 3: Musculoesquelético (CIR)
Restrepo, R.
Edición: 1ª
Año: Octubre 2009
Idioma: Español
Páginas: 240
Editorial: JOURNAL

Estiramientos facilitados. Estiramientos y fortalecimiento con facilitación neuromuscular propioceptiva + DVD (en inglés)
McAtee, R. - Charland, J.
Edición: 3ª
Año: Septiembre 2009
Idioma: Español
Páginas: 212
Editorial: PANAMERICANA

Vías Anatómicas. Meridianos miofasciales para terapeutas manuales y del movimiento + DVD
Myers, T.W.
Edición: 2ª
Año: 2010
Idioma: Español
Páginas: 312
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.**

La Aseguradora de Responsabilidad Civil Profesional de tu Colegio



W.R. Berkley España

ESPECIALISTAS EN SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

W.R. BERKLEY ESPAÑA, comercializa productos de seguros de Responsabilidad Civil Profesional adaptados a las necesidades de las empresas y profesionales del mundo del Derecho, la Economía y la Sanidad.

- ⌘ Un asegurador que integra en su equipo a profesionales de la más cualificada experiencia.
- ⌘ Un asegurador que provee a sus Corredores y Clientes de los mejores Programas de Seguro.
- ⌘ Un asegurador con los más exigentes estándares de calidad, integridad, transparencia y vocación de servicio.

W.R. BERKLEY ESPAÑA, pertenece al Grupo *W.R. BERKLEY CORPORATION*, uno de los Holdings de más dilatada experiencia y reputación mundial.

W.R. BERKLEY España.

Especialistas en seguros para profesionales.

W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED

Sede Social de W.R. BERKLEY ESPAÑA
Paseo de la Castellana 149, Madrid.

Oficina en Barcelona
Paseo de Gracia 11.

Tel.: 91 449 26 46

Tel.: 93 481 47 29



CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.



Professional BS

BS Cuenta Profesional

OFERTA PARA:

COLEGIO OFICIAL DE
FISIOTERAPEUTAS
DEL PAÍS VASCO

**«No me cobran comisiones
por mi cuenta. Eso sí
es un trato diferencial»**

BS Cuenta Profesional es la cuenta que **lo tiene todo, excepto comisiones¹**:

- | | |
|------------------------|--|
| 0
comisiones | ■ 0 euros de mantenimiento ¹ |
| | ■ 0 euros de administración ¹ |
| | ■ 0 euros por ingreso de cheques |

Abra ya su cuenta y acceda al resto de condiciones preferentes que Professional BS le ofrece por ser miembro de su colectivo profesional.

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo.**



Memoria USB
de 8 Gb

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es**.

SOLO PARA PROFESIONALES

1. Excepto cuentas inoperantes en un periodo igual o superior a un año y con un saldo igual o inferior a 150 euros.

