



ELKARBERRI

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

Nº 31



Depósito Legal: BI-945-05

Ejemplar gratuito

Nº 31 Enero - Marzo 2011 / 2011ko Urtarrila - Martxo



ALDEAS
INFANTILES SOS

11 de diciembre del 2010. Una fecha para recordar.

El 11S, el 11M, el 11J, son fechas que el ser humano difícilmente olvidará. Unas por penas, otras por alegrías, pero parece ser que algo tiene el número 11 que no se va a olvidar.

Es más, algún supersticioso decidiría jugar a la ONCE, al once en la ruleta, en la lotería o a los dados.

Lo cierto es que el 11 también ronda al mundo de la Fisioterapia.

11 somos los miembros de la Junta del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, el día 11 a las 11 horas daba comienzo la Asamblea anual de Fisioterapeutas de Euskadi. En ella se presentaban las diferentes actividades realizadas a lo largo del año, los cursos que se quieren organizar el año que viene, las cuotas colegiales y el presupuesto para la gestión durante el 2011 de tu Colegio.

11 éramos también en la sala. 11 únicamente de 1700 colegiados que somos en Euskadi en este momento. Y no 11 por ser sólo los miembros de la junta los asistentes, sino porque sólo 1 persona se quedó a la asamblea. Sólo 1, perdón 1 en el lado derecho de la sala y 1 en el lado izquierdo.

Lo cierto es que el 1 cuando lo colocamos paralelamente a otro 1 nos muestra el 11, y justamente el 11 será el próximo año.

Confianto, deseando y manteniendo la ilusión muy alta, espero poder contaros que en la asamblea del año 11, el único 11 que vayamos a nombrar sea el del propio año y que nos encontremos, 1 junto a 1, junto a otro 1, y así hasta llegar a 1.111 colegiados asistentes en la asamblea. Y que de esa manera, juntos, debatamos y decidamos los caminos a seguir de nuestra profesión, los caminos de la Fisioterapia en Euskadi.

Garikoitz Aristegui
1 de los 11



Garikoitz Aristegui Racero
Vocal y Responsable de la
Comisión de FDI del COFPV
EFE0eko Batzorkidea
eta Plilko Arduraduna

2010eko abenduaren 11. Gogoan izateko data bat.

111, M11, U11, gizakiok nekez ahaztuko ditugun datak dira. Batzuetan ezbeharrengatik, beste batzuetan poztasunengatik, baina badihudi 11 zenbakiak baduela zerbait ahaztezin bihurtzen duena.

Areago, superstiziosoren batek baino gehiagok horrengatik erabakiko zuen ONCE Itsu Elkartean jokatzeko, edo erruletan, loterian zein dadoetan jokatzeko 11 zenbakia aukeratzea. Eta beste hamaikatzor horrelako, zenbaki hori dela eta.

Kontua da 11 zenbaki esanguratsua dugula Fisioterapiaren munduan ere.

11 gara Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialeko Batzordekideak. Urteko asanblada nagusian aurkeztu behar ziren urtean zehar garaturiko jarduerak, datorren urterako antolatu nahi diren ikastaroak, elkargokideen kuotak eta zure Elkar-goaren gestiorako aurrekontua 2011.urterako.

Ba horra, 11 elkartu ginen aretoan. 11 besterik ez, une honetan Euskadin garen 1.700 elkargokideetatik. Eta ez 11, batzordekideok 11 garelako, baizik pertsona bakar bat geratu zelako asanbladan. 1 bakarrik; hobeto esanda, 1 aretoaren eskuinaldean eta beste 1 aretoaren ezker aldean.

Eta gauza jakina da 1 zenbakia beste 1 zenbaki batekin batzen denean 11 irteten dela eta, hain zuzen, 11 izango da datorren urtea.

Amaitzera noa, ilusioa goren gorenean mantenduz, ziur bainago 11 urteko asanbladan aipatuko dugun 11 bakarra urteari dagokiona izango dela eta han bilduko garelako 1 beste 1en eta beste 1en eta beste 1en ondoan, 1.111 elkargokide izateraino. Eta horrela, denon artean eztabaidatu eta erabakiko ditugula geure profesioan jarraitu beharreko bideak, Euskadiko Fisioterapiaren bideak.

Garikoitz Aristegui
11en arteko 1

SUMARIO

Editorial	2	Editoriala
Anuncios	3-4	Iragarkiak
Formación	5-7	Prestakuntza
Artículos	8-18	Artikuloak
Asesoría Jurídica	19	Legezkoa
Dependencia	20-21	Menpekotasuna
Noticias	23-26	Berriak
Buzón del Colegiado	24	Elkargokidearen Buzoia
Libros	27	Liburuak

LABURPENA

OFERTAS DE EMPLEO

ARABA

Se necesita fisioterapeuta a jornada completa en Vitoria.
Enviar CV a: arantza@crespoconsulting.com

BIZKAIA

Se necesita fisioterapeuta en régimen de autónomos para trabajar por las mañanas en Bilbao.
Interesados llamar al **94 657 35 48**

Se necesita fisioterapeuta con experiencia como formador en Cursos de Primeros Auxilios para Bizkaia (por determinar la localidad), con una duración de 6 horas, en horario de mañana. Las fechas están por determinar (Enero - Marzo 2011, en función de la disponibilidad del formador).

Lugar celebración: Instalaciones del Cliente.

Manual didáctico para el Formador y Alumnado: facilitado por AGE FORMACIÓN.

Rogaríamos que las *personas interesadas puedan remitir CV* y ponerse en contacto con nuestra entidad a través de: AGE FORMACION

Tf: **976 50 66 86**

Email: jsanchez@ageformacion.com

Email: agbar1@ageformacion.com

Persona contacto: Jesús Sánchez/Laura Royuela.

Se necesita fisioterapeuta para Residencia en Erandio, media jornada. Interesados mandar CV a la siguiente dirección: osanjuan@igurco.es

Se necesita fisioterapeuta para sustitución por baja maternal prolongada en Bilbao. Incorporación para 2011.
Interesados envíen su CV a: jrva16@gmail.com

Se busca fisioterapeuta con formación en Pilates para trabajar en un centro de Bilbao a jornada completa.
Mandar CV a: fisiobilbo@gmail.com

Se necesita fisioterapeuta para Club Gurutzeta K.F.T. de fútbol para recuperar a nuestros jugadores para la práctica de este deporte lo antes y mejor posible. Un día a la semana, los jueves en horario de 19.00 a 20.30 horas en la Siebe Cruces - Barakaldo.

Tlf. de contacto **658 719 519** (Ricardo).

GIPUZKOA

Se necesita fisioterapeuta con formación y/o experiencia en acupuntura para 1 ó 2 tardes por semana. Horarios flexibles y condiciones negociables.
Interesados mandar CV a: cvfisiolana@gmail.com

Se busca fisioterapeuta autónomo para Centro de Fisioterapia en San Sebastián. Se valorará conocimientos en Pilates. Para ponerse en contacto con nosotros, enviar CV a: maria@fisiogros.com

Os informamos de que existe una Bolsa de Empleo Colegial donde vuestros datos pueden ser incluidos y de esta forma remitidos a las empresas solicitantes. Para ello, sólo tenéis que enviar vuestro CV a: cofpv@cofpv.org

ANUNCIOS SECRETARÍA

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

- Las Solicitudes de Baja de las personas que no quieran seguir colegiadas en el COFPV a partir del segundo semestre de 2011 deberán ser remitidas al Colegio antes del 1 de julio de 2011 y de este modo no se les pasará la segunda cuota colegial. La Solicitud de Baja podéis descargarla de nuestra página web.

- Igualmente, está disponible en nuestra página web la Solicitud de Traslado de Expediente, para aquellos/as colegiados/as que vayan a trabajar a otra Comunidad Autónoma por un período 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 y la placa del centro en su caso. Para cualquier consulta no dudéis en llamar al 944 02 01 55 (Secretaría del COFPV).

- Para los/as colegiados/as que tengáis Centro de Fisioterapia, os recordamos que podéis solicitar la Placa que acredita que el centro está reconocido por el COFPV. También podéis descargaros de la página web colegial la autorización para publicar los datos de vuestro centro en dicha página web. Esta ficha tenéis que enviárnosla rellenada, firmada y sellada, por correo ordinario.

- El COFPV cerrará el día 7 de enero, por vacaciones del personal.

Maite Redondo
Administración del COFPV

Elkargokide hori:

Administratziotik haxe gogorazi nahi dizugu:

- 2011ko lehenengo seihilekotik aurrera elkargokide izaten jarraitu nahi ez duten pertsonen Baja Eskabideak 2011ko Uztailaren 1a baino lehen iritsi behar dute Elkargora honela 2011ko lehenengo seihilekoari dagokion elkargokide kuota ez zaie helaraziko. Baja Eskabidea jaitsi dezakezue gure Web guneetik.

- 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 duzuen da, fitxa bete eta posta arruntaz guri igorri elkargoko karnetarekin batera. Edozein kontsulta dela, ez egon zalantzan eta deitu 944 02 01 55 telefono zenbakira.

- Fisioterapiako zentroa daukazuen elkargokideoi gogoarazten dizuegu, zentroa EFEOak onartua daukala ziurtatzen duen Plaka eska dezakezuela; halaber, baimena ere deskarga dezakezue gure Webgunean, honela, zure zentroko datuak zabaldu ahal izateko. Fitxa hau beteta, sinatuta eta zigitatuta igorri behar diguzue, posta arruntaz.

- EFEOa Urtarrilaren 7an itxita egongo da, langileriaren oporrak direla eta.

Maite Redondo
EFEOeko Administrazioa



TABLÓN DE ANUNCIOS

Se alquila lonja totalmente amueblada, con 5 cabinas y un baño para minusválidos, exento de obra. Lugar céntrico en Amorebieta-Etxano, por no poder atender, puesto que se han sacado unas oposiciones. El alquiler de la lonja puede ser de hasta 20 años, sin ningún problema y sin un precio muy caro.
Para más información o si quieren ver la lonja, contacten en el siguiente teléfono: **652 773 271**

Se vende camilla eléctrica; de dos cuerpos, un motor, color azul, cabezal con orificio facial y ruedas.
Contacto: **fisioterapia.itu@gmail.com**

Se vende Láser Enraf Nonius M1 (tecnología mls) semi-nuevo (precio nuevo: 5300 €) con 2 pares de gafas protectoras homologadas.
Contacto: **jonathangaston7@hotmail.com**

Se vende material de fisioterapia seminuevo:
- Camilla para manipulaciones osteopáticas. Megacam 777 eléctrica. 7 secciones y 4 drop. 1000 €
- Camilla fija de metal, 2 cuerpos. Electromedicarín. 200 €
- Láser ASA. 1000 €
- Tens portátil Enraf Nonius. 70 €
Teléfono de contacto: **669 058 033**

Se traspasa centro de fisioterapia en Barakaldo a 3 minutos de metro, muy céntrico.

Local de 75 metros cuadrados, con sala de espera amplia, 3 boxes divididos por cortinas correderas, un box individual. WC adaptado para minusválidos. Armario empotrado. Material de Enraf Nonius (eltrac 471, sonplus 492...)

Amplia cartera de clientes. Trabajamos con abogados de Barakaldo, Bilbo y Basauri. Cubrimos lesiones deportivas de las federaciones de atletismo, fútbol y baloncesto, así como las del IMQ. También trabajamos con múltiples seguros, y con la asociación de ELA de Bizkaia. Económico.
Teléfono de contacto: **944 02 79 62 / 605 769 684 (Javi)**

Por motivos de traslado, vendemos el siguiente material de fisioterapia.

Señalar que el material está en perfecto estado y que han sido comprados en Junio de 2009:

Equipo completo de magnetoterapia VARIMAG 2E

Equipo combinado de Enraf. SONOPULS 491

Microonda Enraf. RADARMED 650+

Lámpara infrarrojo INFRAMILL 250w

En caso de interesar algún material en concreto, consultar en la siguiente dirección de mail:

gozategigomez@gmail.com

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

También podéis mandar vuestros anuncios a: **comunicacion@cofpv.org**

LIBÉRATE DE GAFAS Y LENTILLAS

Promoción especial en corrección visual por láser* **de enero a marzo '11** para miembros y familiares directos del

**Cº OF. FISIOTERAPEUTAS
DEL PAÍS VASCO**

925€/ojo

*excepto tratamientos Lasik/Lasek personalizados Z-100.

Tarifa privada 1.095€/ojo.

Consulta y pruebas previas 35€.

**20% de descuento en el resto de consultas
y tratamientos (excepto en prótesis).**

Imprescindible acreditación en su primera visita a la clínica.

CB Bilbao. C/Ibáñez de Bilbao, 9 | C/Alameda Mazarredo, 65. Tel. 946 61 19 40.
Dr. Andoni Arias Fernández, Dr. Julio Ortega Usobiaga, Dr. Ramón Jiménez de Muñana y Dra. Begoña De Damas (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).
CB San Sebastián. C/Easo, 83. Tel. 94 344 42 38. Dr. Pablo Artamendi Larrañaga y Dr. Juan José Rodríguez López (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).
CB Vitoria. C/Manuel Iradier, 33. Tel. 945 12 36 28. Dr. Ramón Jiménez de Muñana y Dr. Pío Jesús García Gómez (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).

R.P.S.Nº 284/06

Promoción válida hasta el 31-12-11, no acumulable a otras ofertas.



CLINICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLOGICO EUROPEO

902 130 100

www.clinicabaviera.com

A CORUÑA · ALAVA · ALBACETE · ARAGON · ASTURIAS · BALEARES · BARCELONA · BURGOS · CASTELLÓN · CIUDAD REAL · GUIPUZCOA · LA RIOJA · MADRID · MÁLAGA · MURCIA · NAVARRA · PALENCIA · PONTEVEDRA · SEVILLA · TARRAGONA · VALENCIA · VALLADOLID · VIZCAYA

Cursos organizados por el COFPV para el 2011

Sólo serán aceptados aquellos ingresos e inscripciones a los cursos realizadas a partir del lunes 10 de enero del 2011

2011ko Urtarrilaren 10etik, astelehenatik, aurrera egiten diren ikastaroetarako diru-sarrerak eta izen emateak bakarrik onetsi egingo dira
<www.cofpv.org/fisioterapeutas-formacion.html>

Fisioterapia Respiratoria en el paciente quirúrgico, en pediatría y en la parálisis cerebral infantil y neuromusculares: asistencia a la tos y a la expectoración <i>Prof. Pedro Vergara Lozano</i>	Enero 14-15-16 Febrero 4-5-6	BILBAO	40 horas 4 créditos	Colegiados 540 € No Colegiados 690 €
Tratamiento de las Cervicalgias <i>Prof. Luis Palomeque del Cerro</i>	Febrero 11-12-13	BILBAO	20 horas 2 créditos	Colegiados 240 € No colegiados 390 €
Drenaje Linfático Manual para Fisioterapeutas <i>Prof. Inmaculada Marrodán Pastor</i>	Marzo 18-19-20 Abril - Mayo 29-30-1 Mayo 13-14-15 Junio 24-25-26	BILBAO ó SAN SEBASTIÁN	80 horas 8 créditos	Colegiados 980 € No colegiados 1.130 €
Pilates Suelo <i>Prof. Natalia I. Wierzeszen y Sandra Molina</i>	Marzo 25-26-27 Abril 15-16-17	BILBAO	40 horas 4 créditos	Colegiados 480 € No colegiados 630 €
Terapia Manual en Disfunciones Viscerales Abdominopélvicas. (Fisioterapia Visceral) <i>Prof. Laura Gómez Ortega</i>	Abril 1-2-3	BILBAO ó SAN SEBASTIÁN	20 horas 2 créditos	Colegiados 245 € No colegiados 395 €
Puntos Gatillo Miofasciales y Punción Seca <i>Prof. Javier González y Bárbara Torres</i>	Septiembre 9-10-11 Octubre 7-8-9 Noviembre 11-12-13	BILBAO ó SAN SEBASTIÁN	60 horas 6 créditos	Colegiados 660 € No colegiados 810 €
Inducción Miofascial – NIVEL I <i>Prof. Andzej Pllat y equipo docente TUPIMEK</i>	Septiembre 15-16-17-18 Enero 2012 27-28-29 Junio 2012 15-16-17	BILBAO	60 horas 6 créditos	Colegiados 1.030 € No colegiados 1.180 €
Reeducación Postural: evaluación, diagnóstico y tratamiento <i>Prof. Garikoitz Aristegui Racero</i>	Por concretar	Por concretar	80 horas 8 créditos	Por concretar
KT1 – KT2 Asociación Internacional de KT <i>Prof. Fernando Reyes</i>	Por concretar	Por Concretar	15 horas 1,5 créditos	Por concretar
KT3 Asociación Internacional de KT <i>Prof. Fernando Reyes</i>	Por concretar	Por concretar	15 horas 1,5 créditos	Por concretar
Bobath: Movimiento Normal <i>Profesorado de IBITHA</i>	Por concretar	Por concretar	20 horas 2 créditos	Por concretar
Metodología de la Investigación (MIC1-MIC2-MIC3) <i>Prof. Garikoitz Aristegui Racero</i>	Por concretar	Por concretar	20 horas 2 créditos	Por concretar
Curso de Pediatría	Por concretar	Por concretar	Por concretar	Por concretar



Comisión de Formación, Docencia e Investigación

Estimados/as colegiados/as,

En el afán de querer acercar la figura del Fisioterapeuta a la sociedad, y desmitificar nuestra imagen de profesionales sanitarios que estamos en las consultas o centros de rehabilitación para tratar el dolor o procesos postquirúrgicos, hemos diseñado una campaña educativa dirigida a la prevención de las alteraciones posturales, y de este modo, abordar el problema desde su posible origen en la escuela.

Como bien sabéis, estamos desarrollando una campaña de talleres de educación postural en los colegios e ikastolas de toda la Comunidad Autónoma Vasca. En ella se pretende dar a conocer a los/as niños/as y adolescentes los hábitos y posturas idóneas para la prevención de lesiones en el ámbito escolar. A nadie se le escapa la gran prevalencia de síntomas que presentan los/as niños/as, con una más que probable causa en el entorno de la escuela.

Por ello, desde la Comisión de FDI consideramos necesario la realización de los talleres para prevenir posibles lesiones futuras y poder enseñar la figura del fisioterapeuta a una parte de la sociedad esencial, los/as niños/as. Es imprescindible que podamos garantizar el adecuado conocimiento de los hábitos y posturas correctas desde la infancia, permitiendo así el apropiado desarrollo de sus actividades cotidianas.

Desde la comisión de FDI, nos llena de orgullo y satisfacción presentaros una muestra de los talleres que estamos realizando desde el COFPV para poder exponeros una pequeña parte del esfuerzo realizado.

Se realizó un llamamiento a todos los colegios e ikastolas que quisiesen participar en el proyecto. La respuesta que recibimos fue aún mejor de la esperada. Recibimos inmediatamente la llamada de decenas de colegios e ikastolas mostrando gran interés por la campaña, a la vez que felicitándonos por la magnitud y trascendencia del proyecto. Desde FDI coincidimos totalmente con los centros educativos en la repercusión y en el valor de la campaña. Consideramos de primera necesidad el acercamiento a los/as niños/as, ya que parten desde una educación básica donde es fundamental enseñarles el trabajo que realizamos nosotros, los/as fisioterapeutas, desde una edad muy precoz.

Asimismo, también se realizó un llamamiento a todos/as los/as colegiados/as que quisiesen colaborar en la campaña impartiendo talleres.



La respuesta obtenida volvió a sobrepasar nuestras predicciones, recibiendo un gran apoyo y cooperación de varios fisioterapeutas. Desde FDI, no podemos expresar lo agradecidos que nos sentimos a todos/as vosotros/as por todos los gestos de aprecio y ánimos recibidos. La respuesta recibida fue espléndida.

Hemos orientado el taller a una edad de los alumnos de entre 8 y 12 años. Creemos que es una edad perfecta para adentrarnos en un grupo escolar y enseñarles las posturas correctas de su entorno. Partiendo desde una edad temprana, donde todavía no existen grandes hábitos incorrectos ni nocivos, la integración de los nuevos conocimientos en educación postural será más amena y sencilla, lo cual facilitará el correcto entendimiento entre el/la fisioterapeuta y el/la alumno. De esta manera, se van a realizar talleres de una duración de 45 minutos en diferentes localidades incorporando el material pedagógico que hemos realizado.



Teniendo en cuenta la necesidad de la sencillez y facilidad del material pedagógico por el grupo al que nos dirigimos, elaboramos un cuento ameno, divertido y fácil de leer. En él, se cuenta la historia de Shamir, un niño venido de intercambio al País Vasco, conocedor de las nociones e ideas básicas sobre las posturas correctas en la escuela. Nuestro protagonista se encuentra con varias situaciones donde los/as niños/as y adolescentes no prestan atención a sus posturas. Shamir detecta los malos hábitos y explica a sus amigos cómo el fisioterapeuta se los enseñó y la importancia del papel del Fisioterapeuta y la Fisioterapia.

Por último, nos complace decirte que el gran esfuerzo e ilusión que se ha puesto en este proyecto nos llena de satisfacción y nos gratifica enormemente al valorar la envergadura y el alcance del proyecto. No hubiese sido posible sin la colaboración de todos vosotros, por lo cual estamos eternamente agradecidos y a su vez, nos llena de energía para volver a afrontar proyectos tan ambiciosos como el de la campaña de educación postural escolar.

Para participar en esta campaña u otros proyectos organizados por el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco podéis consultar nuestra web www.cofpv.org o llamar por teléfono al 944 020 155.

Comisión de Formación, Docencia e Investigación

Prestakuntza, Irakaskuntza eta Ikerketako Batzordea

Elkargokide agurgarria,

Fisioterapeutaren irudia gizartera urbidu nahiean, eta mina kentzeko edo operazio ondoren errehabilitazioa egiten dugula bakarrik jendeari burutik kentzeko, EFEOk hezkuntza posturaleko tailerren kanpaina bat antolatu du postura alterazioei aurre hartzeko eta baita ere heziketan parte hartzeko. Horrela arazoa jatorritik egin diezaiokegu fronte.

Ondo dakizuen bezala, hezkuntza posturaleko tailerren kanpaina bat ari gara aurrera eramaten, Euskal Autonomi Erkidego osoko eskola eta ikastoletan. Kanpaina honen bidez, eskola-eremuko lesioen prebentzioan lagun dezaketen ohitura eta postura egokiak ezagutarazi nahi zaizkie haur eta nerabeei. Denok ezagutzen dugu haurrek dituzten sintomen tasa altua eta eragin haundia dutela nerabeengan, era berean eskola-eremua horien jatorria izan daitekeela ere jakina da. Hori dela eta, PIIko komisiotik beharrezkoa iruditzen zaigu kanpaina honen gauzatzea, etorkizuneko lesioen prebentzio gisa eta era berean, fisioterapeutaren irudia erakutsi nahi diegu oinarritzko den gizartearen zati bati, haur eta nerabeei. Ezinbestekoa da ohitura eta postura zuzenen ezagutza nerabezarotik zihurtatzea, beraien eguneroko ekintzak bide egokia jarrai dezaten. PIIko komisiotik, atsegin haundiz eta egindako lanarengatik harro erakutsi nahi dizuegu tailerretan egingo denaren adibide txiki bat, egindako lana zuei aurkezteko.



Eskola eta ikastola guztiei eskeini genien gonbitea proiektuan parte har zezaten. Jasotako erantzuna, espero genuena baina hobea izan zen. Berehala jaso genituen interesatuak zeuden eskola eta ikastola desberdinetatik dei asko. Era berean proiektuak zuen garrantzi eta ondorioengatik zoriondu ziguten. PIItik guztiz bat egiten dugu hezkuntza zentruet kanpainari ematen dioten balio eta eraginei. Funtsezkoa deritzogu haurrei gerturatzea, guk fisioterapeutok egiten dugun lana adin goiztiar batetik ezagutu dezaten.

Halaber, kanpainen klaseak emanez lagundu nahi zuten elkargokide guztiei deialdi bat egin zitzaion, erantzunak gure iragarpen guztiak gainditu zituen oraingo honetan ere, hainbat fisioterapeuten aldetik laguntza asko jasoaz. PIItik, ezin dizuegu adierazi zenbateraino eskertu nahi dizuegun, emandako kemen eta estima keinu guziengatik. Jasotako erantzuna bikaina izan zen.



Tailerren gauzatzea 8 eta 12 urte bitarteko ikasleei zuzendu diegu. Eskolan sartu eta postura egokiak erakusteko adin bikaina dela iruditzen zaigu. Adin hauetako umeekin hasiaz, non oraindik ohitura desegokiak ez dauden, hezkuntza posturaleko ezagutza berriak errezago ikasiko dituzte, fisioterapeuta eta ikasleen arteko harremana ere errezagotuz. Honela, 45 minututako iraupena duten tailerrak egingo dira herrialde desberdinetan, guk diseinatutako material pedagogikoaren bitartez.

Material pedagogikoak eskatzen duen erreztazun eta sinpletasuna kontutan eduki dugu, nori zuzendua zegoen jakinda. Honela, dibertigarria, atsegina eta irakurtzen erreza den ipuin bat sortu dugu. Bertan, Shamiren istorioa kontatzen da, Euskadira elkartrukean etorritako ume baten abenturak eta eskolako postura egokiak ezagutzen ditu. Gure protagonista, hainbat egoeratan aurkitzen da haur eta nerabeek ez diotela beraien postuarekin kasu haundirik egiten. Shamirek ohitura txar hauek antzematen ditu eta bere lagun berriei, fisioterapeutak nola erakutsi zizkion esaten die, eta ze garrantzitsua den Fisioterapeutaren papera eta baita ere Fisioterapia.

Shamiren ipuin honek, era berean, posizio egoki eta desegokiak era ulergarri eta sinple batetan aurkezten ditu. Oso garrantzitsua dela deritzogu, etxera eramateko aukera izango bait dute, beraien familiari erakutsi ahal izateko. Testuari laguntzen dioten marrazkien bitartez, eta oso era didaktikoan, ikasleei egoera desberdinetan nola jokatu erakusten diegu, motxila nola eraman, klasean nola eseri edota zer edo zerren bila nola makurtu. Oso kuaderno sinplea denez, eta zer adinetara zuzendua dagoen jakinda, oso erantzun ona izango duela uste dugu.

Azkenik, guztiz atsegin dugu proiektu honetarako jarritako gure kemen eta ilusio guztiak ze erantzun izan duen, proiektuak hartu duen zabalera eta hedadura baloratzerakoan. Zuen laguntzarik gabe ezin izango genuen aurrera eraman, horregatik beti egongo gara eskertuak eta era berean, energiaz betetzen gaitu hezkuntza posturaleko kanpaina bezalako proiektu haundiak berriro aurrera ateratzeko.

Kanpaina honetan edota Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialak antolatutako beste proiektu batetan parte hartu nahi baduzu, sar zaitez www.cofpv.org orrialdean edo deitu 944 020 155 telefonora.

Prestakuntza, Irakaskuntza eta Ikerketako Batzordea

Influencia de las técnicas cognitivo-conductuales en las lesiones deportivas

Estibaliz Gómez Gorostiola

Se entiende por **lesiones deportivas** cualquier daño que se le haga al organismo practicando una actividad deportiva, siendo amateur o profesional, ocasionando lesión o discapacidad. Algunas ocurren accidentalmente. Otras pueden ser el resultado de malas prácticas de entrenamiento o del uso inadecuado del equipo de entrenamiento. Algunas personas se lastiman cuando no están en buena condición física. En ciertos casos, las lesiones se deben a la falta o escasez de ejercicios de calentamiento o estiramiento antes de jugar o hacer ejercicio.



Los factores físicos son sin duda la causa principal de las lesiones en el deporte, pero los psicológicos también hacen su aportación.

Existe una clara relación entre las lesiones deportivas y los factores psicológicos, estando relacionados con las características de la personalidad, los factores estresantes y los recursos de afrontamiento de estas situaciones.

La persona lesionada además de lo referente a su reacción frente al dolor, puede manifestar otros síntomas tales como:

Pérdida de identidad

Miedo y ansiedad

Falta de confianza

- Afecta gravemente a su autoestima.
- ¿Volveré a participar en mi actividad deportiva?
- La incapacidad producida por la lesión y la pérdida de la forma física.

Disminución del rendimiento

- Al volver a su actividad por la falta de entrenamiento.

Por lo tanto el proceso de recuperación de la lesión no sólo se basa en la cuestión física, sino que la cuestión psicológica es parte importante de la misma.

El papel del fisioterapeuta

Durante la rehabilitación, el fisioterapeuta mantiene un estrecho contacto con los deportistas y pasa con ellos mucho tiempo, más que otros profesionales sanitarios, lo que facilita que ambos compartan determinados aspectos psicológicos. Además, el empleo del tacto en las técnicas de fisioterapia ayuda al paciente a revelar cuestiones psicológicas y a enfrentarse a ellas en ese momento, sobre todo si estos problemas están afectando a la recuperación. Por todo ello, hay que destacar la importancia de las **técnicas cognitivo-conductuales** durante la rehabilitación del deportista lesionado.

Las estrategias de terapia cognitivo-conductual aplican las teorías del aprendizaje a los problemas vitales con la intención de ayudar a los pacientes a superar sus dificultades en la vida diaria. Ayudan a la persona a conseguir su crecimiento personal al aumentar su capacidad de afrontamiento y modificar las conductas inadaptadas.

Técnicas

A continuación se describen algunas de las **técnicas cognitivo-conductuales más usadas** por los fisioterapeutas en el tratamiento de las lesiones deportivas:

· **Técnicas de relajación:** El estrés y el dolor que produce la lesión desencadena una tensión muscular que reduce el flujo sanguíneo e intensifica el dolor, por ello están indicadas las técnicas de relajación que actúan directamente sobre el músculo.

- **“Relajación progresiva” de Jacobson:** Es el método más frecuentemente utilizado y consiste en conseguir una relajación sistemática de los principales grupos musculares. Para ello se identifica primero la tensión muscular presente (al principio mediante la contracción de los músculos) y a continuación se relajan los músculos. Se intenta que la persona aprenda a reconocer la tensión muscular para después poder identificar las sensaciones del músculo relajado y así aprenderá a relajar los grupos musculares sea cual sea su situación en reposo sin necesidad de contraerlos antes.

- **“Entrenamiento autógeno” de Schultz:** En una habitación tranquila y a media oscuridad, el individuo puede adoptar la posición sentada o acostada pero siempre confortable para no desencadenar fenómenos de hipertensión.

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de auto-gestiones sobre:

- Sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades.
- Regulación de los latidos de su corazón.
- Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo.
- Concentración pasiva en su respiración.

El sujeto ha de practicar la técnica varias veces al día hasta conseguir relajarse de manera automática.

- **“Respuesta de relajación” de Benson:** Se basa en la suposición de la existencia de cuatro elementos que provocan la respuesta de relajación:

- Un ambiente tranquilo con pocas distracciones externas.
- Adopción de una postura cómoda para reducir la tensión muscular excesiva.
- Un objeto en el que detenerse, como la repetición de una palabra.
- Actitud pasiva, que consiste en vaciar la mente de todos los demás pensamientos dejando que las ideas pasen de largo sin alterar el estado de concentración.

La originalidad de Benson radica en sus instrucciones acerca de la respiración activa, esto es, de la concentración en una palabra que ayude a respirar más lenta y pausadamente, favoreciendo de esta forma la relajación.

No es infrecuente que el deportista lesionado piense continuamente en las consecuencias negativas de su lesión; la respuesta de relajación de Benson puede distraerle de dichos pensamientos y permitirle concentrarse mejor en las tareas de rehabilitación.

• **Ensayo cognitivo:** Aunque habitualmente el ensayo cognitivo ha sido utilizado como método para mejorar el rendimiento, la técnica, las tácticas o la capacidad de competición, recientemente se ha incorporado como instrumento para facilitar la rehabilitación y la reincorporación al deporte.

Se trata de una experiencia cognitiva que simula una experiencia real, utilizando la capacidad del deportista para sentir un movimiento y repasar una actividad sin experimentarla realmente. Consiste en la visualización de situaciones agradables en las que el deportista se imagina a sí mismo en un ambiente relajante y se concentra en lo que siente, utilizando no sólo el sentido de la vista sino también el tacto, el oído, etc. (por ejemplo imaginando una bolsa de hielo sobre la zona dolorosa). De este modo conseguimos distraer al paciente de la sensación de dolor y de otros factores estresantes que acompañan a la lesión, afectando favorablemente al afrontamiento del dolor y ayudando a evitar el deterioro de la capacidad física durante el tiempo que no se practica el deporte. De modo que cuanto más compleja sea la escena visualizada mayor será la atención que se le solicita al paciente y por lo tanto más se distraerá de su dolor.

• **Insensibilización sistemática:** Combinando las dos técnicas anteriores conseguimos enfrentarnos a sus miedos, *visualizando* las situaciones que le provoquen estrés (de la menos inquietante a la que más temor le produzca) y, mediante las *técnicas de relajación*, controlando la ansiedad hasta que ésta desaparezca.

• **Reestructuración cognitiva:** Es una manera de modificación de conducta en la que el deportista debe transformar sus pensamientos y comentarios negativos en positivos o productivos. Esto influye en una mayor rapidez de curación.

• **Establecimiento de objetivos:** Es importante que el deportista y el fisioterapeuta trabajen conjuntamente para establecer unos objetivos realistas y positivos para la rehabilitación, pero que al mismo tiempo planteen un reto. El fisioterapeuta deberá negociar con el paciente las estrategias a seguir para que este tenga una mayor sensación de control, evaluar periódicamente los objetivos y modificarlos cuando sea necesario. El establecimiento de objetivos fomenta la capacidad de decisión de los deportistas para adoptar mayores responsabilidades

a la hora de reincorporarse al deporte después de la lesión, y al ser una práctica que muchos deportistas están acostumbrados a usar, no es difícil adaptarla al campo de la rehabilitación.

• **Respaldo social:** Las personas que pueden proporcionar un respaldo social en el campo de la rehabilitación de las lesiones deportivas son los fisioterapeutas, los médicos, los preparadores, los compañeros de equipo, los familiares, los amigos y los entrenadores. Las necesidades de los diferentes tipos de respaldo social varían a lo largo del periodo de rehabilitación, de manera que el apoyo emocional necesario parece disminuir a medida que avanza la rehabilitación aumentando de nuevo en el momento de reanudar la participación deportiva.

A modo de conclusión

Dada la naturaleza biopsicosocial de las personas, no sólo debemos abordar la rehabilitación en términos estrictamente biológicos, el entorno y la respuesta psicológica del paciente desempeñarán un papel significativo en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

Por lo tanto, y dada la estrecha relación que existe entre el estrés y la lesión causada por el deporte, es razonable afirmar que estas técnicas cognitivo-conductuales pueden ser útiles para los deportistas que están lesionados, de manera que el fisioterapeuta deberá tratar de armonizar los métodos físicos y psicológicos durante la rehabilitación.

Bibliografía

- es.wikipedia.org
- Gil Martínez, Lesiones en el hombro y fisioterapia. Arán ediciones, 2006.
- Gregory Kolt, Fisioterapia del deporte y el ejercicio. Elsevier España, 2004.
- Gail Wiscarz Stuart y Michele T. Laraia, Enfermería Psiquiátrica: Principios y practica. Elsevier España, 2006.
- Miguel Sassano, Cuerpo, tiempo y espacio. Editorial Stadium S.R.L., 2003.
- Vicente E. Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España Editores, 1991.

Estíbaliz Gómez Gorostiola,
Fisioterapeuta Col.1376

GANCHEO FASCIO- MIO-NEURAL GLOBAL. MÉTODO BURNOTTE®

Profesores:

Jean BURNOTTE D.O.,
Ana BENGOTXEA Ph.D.

San Sebastián:

1^{er} Seminario: 18-20 marzo 2011
2^{do} Seminario: 1-3 abril 2011

Información y programa:

Teléfono 981935393
E-mail: c_manero@yahoo.es

CURSO DE FISIOTERAPIA ORO-MAXILO-FACIAL. THYL SNOECK

Profesor:

Thyl Snoek. Msc

San Sebastián:

19, 20, 21 y 22 de mayo 2011

Información y programa:

www.oro-maxilo-facial.com
E-mail: c_manero@yahoo.es

CURSO DRENAJE LINFÁTICO MÉTODO LEDUC®

Profesores:

D. Albert Leduc Ph.D y
D. Olivier Leduc Ph.D.

Pamplona:

MÓDULO I: 24-27 febrero 2011
MÓDULO II: 24-27 marzo 2011

Información y programa:

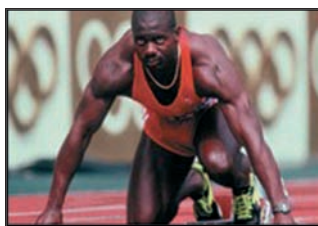
www.metodoleduc.es
Teléfono 981935393
E-mail: c_manero@yahoo.es



Teknika kognitibo-konduktualen eragina kirol lesioetan

Estibaliz Gómez Gorostiola

Kirol lesioak dira, kirol-jardun amateur edo profesionalaren barruan, organismoari egindako kalteak, lesio edo gaigabetasunen bat eragin dezaketenak. Batzuk ustekabeen gertatzen dira. Beste batzuk entrenamendu-praktika okerrean edo entrenatzeko ekipamendua gaizki erabiltzearen ondorio izaten dira. Pertsona batzuk egoera fisiko onean ez daudenean mintzen dira. Kasu batzuetan, lesioak, kirola egiten hasi aurretik beroketa edo tiramendu-ariketa gutxi eta bat ere ez egitearen ondorioz gertatzen dira.



Faktore fisikoak dira, zalantzarik gabe, kirol-jardunean gertatzen diren lesioen kausa nagusia, baina psikologoek ere badute zer esanik auzi honetan. Kirol lesioek eta faktore psikologikoen elkarren arteko harreman garbia dute, eta ondorioz, estu-estu lotuta daude nortasunaren ezaugarriekin, estres-faktoreekin eta egoera hauei aurre egiteko baliabideekin.

Minaren ondorengo erreakzioaz gain, lesioa jasan duen pertsonak bestelako sintomak ere izan ditzake, hala nola:

Nortasuna galtzea Beldurra eta ezinegon Konfiantzarik eza

- Larri eragiten dio autoestimuari.
- Berriro parte hartuko al dut nire kirol jardunean?
- Lesioak eragindako gaigabetasuna eta sasoi fisikoaren galera.

Errendimendua murriztea

- Kirol jardunera itzultzean, entrenamendu faltaren ondorioz.

Beraz, lesioa sendatzeko prozesua ez da soilik oinarritzen alde fisikoan, alde psikologikoak ere garrantzi handia baitu prozesu horretan.

Fisioterapeuten eginkizuna

Errehabilitazioan, fisioterapeutak harreman estua mantentzen du kirolariarekin, eta osasun alorreko beste profesional batzuek baino denbora gehiago igarotzen du haiekin. Honek zenbait alde psikologiko partekatzeak aukera errazten du. Gainera, fisioterapia-tekniketan ukimena erabiltzea lagungarria suertadakioke pazienteari kontu psikologikoak azaldu eta hauei aurre egiteko, batez ere arazo horiek errehabilitazio prozesuari eragiten badiote. Horren guztiaren haritik, teknika kognitibo-konduktualen garrantzia nabarmendu behar da lesionatutako kirolariaren errehabilitazioari begira.

Terapia kognitibo-konduktualeko estrategiek ikasketa-terapiak aplikatzen dizkiete bizitzako arazoei, pazienteei eguneroko bizimoduan izan ditzaketen zailtasunak gainditzeko laguntzeko asmoz. Haziera pertsonalean laguntzen dute, arazoei aurre egiteko gaitasuna areagotuz eta ezin moldatuzko portaerak zuzenduz.

Teknikak

Jarraian deskribatuko ditugu kirol lesioak tratatzeko fisioterapeutek gehien erabiltzen dituzten **teknika kognitibo-konduktualeko batzuk**:

• **Erlaxazio-teknikak**: Lesioak eragindako estres eta minaren ondorioz, giharren tentsioa areagotzen da, odol-fluxua murriztuz eta mina handituz. Hori dela eta, gomendagarria da giharraren gaineko eragin zuzena duten erlaxazio-teknikak erabiltzea.

-**“Jacobson-en “Mailakako erlaxazioa”**”: Hauxe da sarrien erabiltzen den metodoa, gihar-talde nagusien erlaxazio sistematikoa lortzeko asmoz. Lehenik eta behin, unean uneko gihar-tentsioa identifikatu behar da (hasieran, giharrak uzkur-tuz), eta horren ondoren, giharrak laxatu behar dira. Honen bidez, gihar-tentsioa ezagutzen irakatsi nahi zaio pazienteari, gerora gihar laxatuaren sententzioak identifikatzeko gauza izan dadin. Horrela, egonean duen zeinahi egoera duela ere, gihar-taldeak laxatzeko gauza ere izango da, aurretik uzkur-tu beharrik gabe.

-**“Schultz-en “Entrenamendu autogenoa”**”: Gela lasai batean, argilunean, pazienteak eserita edo etzanda jar daiteke, betiere modu eroso batean, hipertonikaz arazorik sor ez dadin. Aurretiaz landutako esaldi batzuen laguntzaz, subjektua erlaxazio-egoera desberdinetan sartuz joango da, alde hauek lantzeko autogestioak tarteko direla:

- Gorputz-adarretako astuntasun eta bero sententzioa.
- Bihotz-taupaden erregulazioa.
- Norbere buruarekiko lasaitasun eta konfiantza sententzioa.
- Arnasketaren gaineko kontzentrazio pasiboa.

Subjektuak egunean hainbat aldiz praktikatu behar ditu teknika hauek erlaxazioa automatikoa izatea lortu arte.

-**“Benson-en “Erlaxazio-erantzuna”**”: Erlaxazio-erantzuna eragiten duten lau elementu hauen existentzia oinarritzen da:

- Kanpoko distrakzio gutxi duen giro lasaia.
- Gehiegizko gihar-tentsioa murrizteko postura eroso hartzea.
- Pausatzeko moduko objektu bat, esaterako, hitz baten errepikapena.
- Adimenetik pentsamendu guztiak baztertu eta kontzentrazio-egoera aldatu gabe ideiak igarotzen uztearen aldeko jarrera pasiboa.

Arnasketa aktiboaren aldeko jarraibideak dira Benson-en bereizgarri nagusiak, izan ere, hitz batean kontzentratzeak arnasketa motelagoa eta pausatuagoa izaten laguntzen baitu, erlaxazioa ere erraztuz.

Ez da arraroa lesionatutako kirolaria lesioaren ondorio negatiboei buruz behin eta berriz pentsatzen hastea; Benson-en erlaxazio-erantzunak pentsamendu horietatik ateratzen lagun diezaiok, errehabilitazio-lanetan hobeto kontzentratzeko.

• **Trebaketa kognitiboa:** Trebaketa kognitiboa errendimendua, teknika, taktikak eta lehiatzeko gaitasuna hobetzeko metodotzat erabili izan da, baina berrikitan, errehabilitazioa hobetu eta kirol-jardunerako itzulera errazteko baliabidez ere erabiltzen hasi da.

Benetako esperientzia simulatzen duen esperientzia kognitibo honetan, kirolariak mugimendua sumatzeko edo jarduera bat errepasatzeko duen ahalmena erabiltzen da, baina benetan esperientziatu gabe. Lehendabizi, egoera atseginak ikustarazten zaizkio kirolariari, bere burua giro lasaigarri batean kokatu eta sumatzen duenari arreta egiteko aukera izan dezan. Horretarako, ikusmenarekin batera, ukimena, entzumena eta abar erabiltzen dira (adibidez, mindutako gorputz-zatiaren gainean izotz-poltsa bat dagoela pentsatzea). Honela, pazienteak, lesioari dagozkion min-sentsazioetik eta gainerako estres-faktoreetatik ateratzea lortzen dugu, minari aurre egiteko gaitasuna sendotuz eta kirol-jardunetik kanpo dagoen bitartean gaitasun fisikoaren narriadura ekidinez.

Zenbat eta konplexuagoa izan ikustarazitako eszena, orduan eta handiagoa izango da pazienteari eskatutako arreta, eta ondorioz, are handiagoa minetik ateratzeko ahalegina.

• **Insentsibilizazio sistematikoa:** Aurreko bi teknikak uztartuz, beldurrei aurre egitea lortuko dugu, estresa sortzen duten egoerak bistaratuz (egonezinik txikiena sortzen duen egoeratik hasi eta beldurrik handiena eragiten dueneraino) eta erlaxazio-teknikak erabiliz, eta honi guztiari esker, antsietatea kontrolatuko dugu erabat desagertarazi arte.

• **Berregituraketa kognitiboa:** Portaera aldarazteko era honen bidez, kirolariak pentsamendu eta iruzkin negatiboak eraldatu eta positibo edo eraginkor bihurtu behar ditu. Honek sendaketa bizkortzen lagunduko du.

• **Helburuak ezartzea:** Garrantzitsua da kirolariak eta fisioterapeutak elkarlanean jardutea errehabilitaziorako helburuak zehazteko, betiere helburu errealista eta positiboak, baina aldi berean erronka planteatzen dutenak. Fisioterapeutak pazientearekin negoziatu beharko ditu jarraitu beharreko estrategiak, pazienteak kontrol-sentsazio handiagoa izan dezan, eta aldizka helburuak ebaluatu eta aldatu beharko ditu, beharrezkotzat jotko balu.

Helburuak zehazteak kirolarien erabaki-ahalmena sustatzen du, erantzukizun handiagoa har dezan lesioa gainditu ondoren kirol-jardunera itzultzerakoan. Gainera, kirolarien ohiko praktika denez gero, ez da zaila errehabilitazioaren alorrera egokitzea.

• **Babes soziala:** Fisioterapeutak, medikuak, prestatzaileak, taldeko kideak, senideak, lagunak eta entrenatzaileak dira kirol lesioen errehabilitazioan babes soziala eman dezaketen pertsonak. Babes sozial mota bakoitzaren premiak aldakorrak dira errehabilitazio-aldian, eta itxura batean, laguntza emozionalaren premia murriztuz joaten da errehabilitazioak aurrera egin ahala, eta berriro areagotzen da kirol-jardunera itzultzeko unean.

Ondorio gisa

Pertsonen izaera biopsikosoziala gogoan hartuta, errehabilitazioari ekiteko ez diegu soilik kontu biologikoei erreparatu behar, pazientearen inguruneak eta erantzun psikologikoak ere betekizun garrantzitsua baitute gaixotasun edo gaigabetasun baten testuinguruan.

Beraz, estresaren eta kirol lesioaren arteko harreman estua kontuan izanda, senez esan dezakegu teknika kognitibokonduktual hauek baliagarriak direla lesioa jasan duten kirolarientzat, eta fisioterapeutak metodo fisikoak eta psikologikoak uztartu behar dituela errehabilitazioan.

Bibliografia

- es.wikipedia.org
- Gil Martínez, Lesiones en el hombro y fisioterapia. Arán ediciones, 2006.
- Gregory Kolt, Fisioterapia del deporte y el ejercicio. Elsevier España, 2004.
- Gail Wiscarz Stuart y Michele T. Laraia, Enfermería Psiquiátrica: Principios y practica. Elsevier España, 2006.
- Miguel Sassano, Cuerpo, tiempo y espacio. Editorial Stadium S.R.L., 2003.
- Vicente E. Caballo, Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España Editores, 1991.

*Estibaliz Gómez Gorostiola,
Fisioterapeuta. 1376.El*

GANCHEO FASCIO-MIO-NEURAL GLOBAL. MÉTODO BURNOTTE®

Profesores:

Jean BURNOTTE D.O.,
Ana BENGOTXEA Ph.D.

San Sebastián:

1^{er} Seminario: 18-20 marzo 2011
2^{do} Seminario: 1-3 abril 2011

Información y programa:

Teléfono 981935393
E-mail: c_manero@yahoo.es

CURSO DE FISIOTERAPIA ORO-MAXILO-FACIAL. THYL SNOECK

Profesor:

Thyl Snoek. Msc

San Sebastián:

19, 20, 21 y 22 de mayo 2011

Información y programa:

www.oro-maxilo-facial.com
E-mail: c_manero@yahoo.es

CURSO DRENAJE LINFÁTICO MÉTODO LEDUC®

Profesores:

D. Albert Leduc Ph.D y
D. Olivier Leduc Ph.D.

Pamplona:

MÓDULO I: 24-27 febrero 2011
MÓDULO II: 24-27 marzo 2011

Información y programa:

www.metodoleduc.es
Teléfono 981935393
E-mail: c_manero@yahoo.es



Gurpildun Aulkia (1.zatia)

“2 gurpil” teknika gurpildun aulkia menperatzeko oinarria:

Jon Pagazaurtundua Isusi

Aritz Monasterio Arana

Igone Manciles Marín

1. Sarrera

Kaleak ez dio mugikortasuna errazten gurpildun aulkian dabilen pertsonari, eta kalean topa ditzakeen oztopoak (oztopo arkitektonikoak, alegia) saihestu ezinak, balio-urritasuna dakarkio ondorio gisa pertsona horri.

Gurpildun aulkia 2 gurpilen gainean eusteko teknika, gazte-leraz “caballito” esaten zaiona eta artikulu honetan “2 gurpil” teknika bezala izendatuko duguna, kalean topa ditzakegun oztopo ezberdinak gainditzen laguntzen digu, kaleko eguneroko eginbeharretarako irisgarritasuna erraztuz.

Hasiera baten “2 gurpil” teknika jorratzeak inpaktu emozional oso garrantzitsua izango du: erorketa posible bati beldurra, norberaren burua mintzeko beldurra... baina apurka-apurka, eta beti ere entrenamendu egoki baten bidez, pertsona teknika berria barneratzen hasiko da.

“2 gurpil” teknikak proposatzen duen oreka berriaren gakoa 2 ezaugarriren nahasketan datza: batetik pertsonaren trebezia eta bestetik pertsonaren garapen psikologikoa.

“2 gurpil” teknikaren ikasketa-prozesua guztiz segurua eta konfidantzazkoa izan behar da. Hau honela izanda, pertsona pixkanaka-pixkanaka hasiko da kalean topa ditzakeen egoera ezberdinei aurre egiten.

“2 gurpil” teknikak proposatutako orekaren kontrola, pertsonak modu jarraikor batez barneratuko du; honela, teknikak dakartzan arriskuak murriztuz joango dira eta pertsona gurpildun aulkiaekin bat eginez joango da.

2. “2 gurpil” teknikaren ikasketa-prozesua

“2 gurpil” teknika gurpildun aulkiaz independentziaz mugitzeko oinarria da. Teknikoki azalduta, gurpildun aulkia atzeko gurpilaren ardatzarekiko atzera balantza egingo du eta aurreko gurpil birakorrak lurrarekin kontaktua galduko dute. Maniobra hau egiteko trebeziak, aldapetatik jaitsi, espaloiak igo, oztopo txikiei aurre egin eta espazio murriztuetan biratzeko gaitasuna eskaintzen digu.

2.1 Lehenengo Fasea: oreka berri baten ikasketa-prozesua

Lehenengo fase honetan, fisioterapeutak ahoz parte hartuko du ikasketa prozesuan.

Eginbeharreko lehenengo urratsa “2 gurpil” teknikak proposatzen duen oreka berria sentitu eta mantentzea izango da. Horretarako 2 laguntza tekniko beharko dira: alde batetik egurrezko ohol bat (1 m.ko luzera eta 7 zm.ko altuera) eta horma bat. Gurpildun aulkia hormatik 20-25 bat zm.ra kokatuko dugu eta egurrezko ohol gurpildun aulkia atzeko gurpilen aurrean jarriko dugu. Ondoren, fisioterapeutak, gurpildun aulkian dagoen pertsonari gurpilak aurrerantz bultzatzen

tzala eskatuko dio. Automatikoki, gurpildun aulkia atzerantzko norabidean pibotatuko du.

Oreka puntua gurpildun aulkia egurrezko oholaren kontra indarrik egiten ez duenean lortuko dugu. Aldi berean, gurpildun aulkia hormaren kontra joz gero, oreka galdu dela esan nahiko du. Ondorioz, “2 gurpil” teknikaren oreka, tarte zehatz batean kokatuko da; hormarekiko kontaktu ezak eta egurrezko oholaren kontra egindako indar ezak ezartzen duen tartean hain zuzen ere.

Ikasketa-prozesua ziurra da; pertsonak oreka atzera galduz gero hormak eutsiko dio eta oreka aurrera galduz gero berriz, egurrezko oholak eutsiko dio.



Beraz, egurrezko oholak zein hormak muga gisa funtzionatzen dute pertsonaren oreka egokia den adieraziz. Era berean, pertsonari ikasketa-prozesuak dakartzkion sentsazio berrietan kontzentra dadin beharrezkoa zaion ziurtasuna eskaintzen dio. Bigarren urratsean, aldiz, oholarekin jolastuko dugu, pertsonari mugimendu askatasun handiagoa eskainiz. Oholak hormatik aldentuz gero, gurpildun aulkia espazio handiagoa izango du horma eta oholaren artean orekan egoteko.

Fisioterapeutak bere azalpenen bidez entrenamendua osatuko du. Aipatutako azalpenek, pertsona gurpildun aulkia mugitzen den espazioaz kontzientziaztea izango dute helburu. Laguntza teknikoei esker pertsonak ziurtasun osoz bere ahal-egina zein oreka kontrolatzen ikasten du.

2.2 Bigarren fasea: “2 gurpil” teknikaren kontrola.

Pertsonak “2 gurpil” teknikaren oreka lortutakoan, laguntza teknikoak alde batera utziko ditugu. Orain, horma zein oholik gabe “2 gurpil” teknika egiten ikasi beharko dugu. Zelan? Hasteko, gurpilak leunki atzera bultzatu beharko ditu eta jarraian indartsu eta azkar aurrerantz bultzatu 2 gurpilen gainean jartzeko.

Fase honetan, fisioterapeuta baten gainbegiratzapean entrenatu beharko da pertsonaren ziurtasun fisikoa bermatzeko. Fisioterapeutak erorketa posible bat ekidin beharko du eta honetarako uneoro ondo kokatua egon beharko du. Beraz,

fisioterapeutak ongi neurtu beharko du noiz parte hartu. Azken baten, balizko erorketa bat ekidin eta entrenamendua bera ez oztopatzea lortu behar ditu.

Nahi izanez gero soka bat erabil liteke. Soka gurgildun aulkiaren atzealdeari lotuta egongo litzateke. Gurgildun aulkiak atzera gehiegi eginez gero, fisioterapeutak sokatik tira egingo du gurgildun aulkiak oreka gal ez dezan.



3. “2 gurgil” teknikaren bidez mugitzea.

“2 gurgil” teknikaren bidez lortzen dugun mugimendua, osilazio ezberdinen ondorioa izango da. Oreka eta desoreka kate batek osatzen duten aipatu osilazioek, gurgildun aulkiaren inertziak baliatzen dira.

Gurgildun aulkiarekin atzeraka mugitzea zailagoa izango da ikusmen falta dela eta.

“2 gurgil” teknika orekan mantentzea ez da bat-bateko gauza eta denbora nahikotxo eskaini beharko zaio atzera jausi gabe oreka on bat lortzeari. Praktikak zein denborak erakutsiko digute “2 gurgil” teknika menperatzea ez dela hain gauza zaila. Pertsona trebea izanez gero, gurgilei bultzadaxo bat ematearekin nahikoa izango da gurgildun aulkiak 2 gurgilen gainean jartzeko.

4. “2 gurgil” teknikaren mantentzea

“2 gurgil” teknika orekan mantentzean dadin, pertsonak eta gurgildun aulkiak elkarrekin osatzen duten masa zentroa gurgildun aulkiaren atzeko ardatzaren gainean kokatzea beharrezkoa izango da, hau da, atzeko gurgilak lurrarekin egiten duten kontaktu-puntuan.

Masa zentroa, aipatu oreka zentrotik aurrera zein atzera kokatuz gero, gurgildun aulkiak oreka galdu eta aurrerantz edo atzerantz egingo du. Gurgildun aulkiak aurrerantz eginez gero, pertsonak ez du minik hartuko (aurreko gurgilek lurra ikutuko dute eta), baina atzerantz eginez gero lesio bat egiteko arriskuan izango da.

Oreka ez da puntu zehatz bat, hau da, ez da zerbait estatikoa, mugimenduarekin aldatuz doan oreka puntu askoren multzoa baizik. Honela, atzeko gurgilen errotaioari esker, oreka puntua mugitzeko gaitasuna izango dugu “2 gurgil” teknikari uko egin gabe. Aurrera zein atzera egindako doitze horiei esker (atzeko gurgilaren errotaioak medio) orekan mantentze gaitzake bai mugimenduan gaudela bai leku zehatz baten gaudela. Doitzerik gabe berriz ezingo genioke “2 gurgil” teknikari luzaroan eutsi.

5. “2 gurgil” teknika errazten duten faktore ezberdinak

Gurgildun aulkiek eskaintzen dituzten ezaugarri ezberdinak, “2 gurgil” teknika erraztu edo zailtzearen erantzuleak dira.

Errotaio-arkua: nagusiki, batailaren luzerak zehaztuko du, hau da, aurreko eta atzeko gurgilen arteko distantziak. Bataila zenbat eta txikiagoa izan orduan eta txikiagoa izango da errotaio-arkua eta ondorioz errezagoa izango da “2 gurgil” teknika orekan mantentzea.

Atzeko gurgilak zenbat eta aurrerago kokatu orduan eta balantzagarriagoa izango da gurgildun aulkiak eta ondorioz errezagoa izango da “2 gurgil” teknika orekan mantentzea.

Beste faktore garrantzitsu batzuk ondokoak izango dira: pertsonaren pisua, gurgildun aulkiaren pisua eta pisu osoaren banaketa. Atzeko gurgilen aurretik pisu handia jarritz gero, “2 gurgil” teknikaren oreka zaildu egingo da (batailaren neurria edozein delarik ere).

6. Nori zuzendua dago “2 gurgil” teknika?

“2 gurgil” teknika bizkarmuina lesionatua dutenei zuzendua dago batik bat. Biskarmuin lesionatuaren errehabilitazio prozesuaren zati garrantzitsu bat izango da gurgildun aulkiaren erabilera menperatzea, beti ere pertsonak aurkezten duen lesio gradua kontuan izanda noski. Triceps-a egoera onean izatea nahitaezkoa izango da “2 gurgil” teknika menperatzeko. Edozein kasu, teknika hau medikuaren agindupean irakatsiko da beti.

Teknika menperatzeko behar den denbora oso aldakorra izango da pertsonaren arabera. Batzuek ordu batzuekin nahikoa izango dute oreka on bat lortzeko eta beste batzuek berriz hilabeteak beharko dituzte teknika menperatzeko.

7. Ondorioak

“2 gurgil” teknikaren kontrola norberaren trebezia maila zein garapen psikologiko egoki baten nahasketa izango da. Teknika epe laster baten martxan jartzea garrantzitsua izango da, eta ahal izanez gero pertsona ospitalean dagoela irakasten hasiko da. Ikasketa-prozesuaren zati garrantzitsu bat autoebaluazioa izango da; ospitaletik irteterakoan, pertsonak bere aukera teknikoak zeintzuk diren jakin beharko ditu, horrela jakingo baitu aurre egin diezaizkiokeen oztopoak zeintzuk diren. Hala izanez gero, norbera bere estrategia diseinatzeko gai izango da, kalean erraztasunez mugitu eta teknikoki zein psikologikoki aurrera egiteko gai.

Bibliografia

- Garel J.P. Éducation physique et handicap moteur. Collection “Les repères pédagogiques”, CNEFEI Nathan Pédagogie, 1996.
- Rafael Gonzalez Mas. 1997. Rehabilitación Médica. Ed. Masson. S.A.
- Guillon B., Laffont I. Actualités sur les fauteuils roulants. EMC, Kinésithérapie-Médecine physique-Readaptation, 2002.
- Ham R, Aldersea P, Porter D: Wheelchair Users and Postural Seating: A Clinical Approach. New York, Churchill Livingstone, 1998.
- Sir Ludwig Guttman. 1981. Lesiones medulares. Ed. Jim. Barcelona
- Mayall JK, Desharmas G: Positioning in a wheelchair: A guide for Professional Caregivers of the Disabled Adult. Thorofare, NJ, SLACK Incorporated, 1995.

Jon Pagazaurtundua Isusi. Fisioterapeuta
Aritz Monasterio Arana. Fisioterapeuta 231. Elk.
Igone Manciles Marín. Fisioterapeuta 80. Elk.

La técnica de “las 2 ruedas”: (1ª parte)

base para dominar la silla de ruedas

Jon Pagazaurtundua Isusi
Aritz Monasterio Arana
Igone Manciles Marín

1. Introducción

La calle no facilita la movilidad a las persona que anda en silla de ruedas, y la imposibilidad de sortear los obstáculos insalvables que puede encontrarse por la calle (obstáculos arquitectónicos, claro está) trae como consecuencia la minusvalía de esa persona.

La técnica de mantener la silla sobre dos ruedas, conocida en castellano como “el caballito”, nos ayudará a superar los distintos obstáculos que podemos encontrarnos por la vía pública, facilitándonos la accesibilidad a las actividades cotidianas de la calle.

Al principio, trabajar la técnica de “las 2 ruedas” supone un impacto emocional muy importante: temor a una posible caída, miedo a hacerse daño... pero, poco a poco, y siempre a través de un correcto entrenamiento, la persona empezará a interiorizar la nueva técnica.

La clave del nuevo equilibrio propuesto por la técnica de “las 2 ruedas” consiste en una combinación de dos características: por un lado, la habilidad de la persona y, por otro, su nivel de desarrollo psicológico.

El proceso de aprendizaje de la técnica de “las 2 ruedas” debe ser completamente seguro y basado en la confianza, para que la persona aprenda poco a poco a las distintas situaciones que puede encontrarse por la calle..

El control del equilibrio propuesto por la técnica de “las 2 ruedas” será interiorizado de forma continuada por la persona, de forma que se vayan reduciendo a poco los riesgos asociados a esta técnica y la persona se vaya familiarizando con su silla de ruedas.

2. Proceso de aprendizaje de la técnica de “las 2 ruedas”

La técnica de “las 2 ruedas” es básica para poder moverse con independencia en silla de ruedas. Desde un punto de vista técnico, la silla de ruedas se balanceará hacia atrás respecto al eje de las ruedas posteriores, mientras las ruedas giratorias de la parte delantera pierden el contacto con el suelo. La habilidad para realizar esta maniobra nos capacita para bajar cuestas, subir aceras, superar pequeños obstáculos y girar en espacios reducidos.

2.1 Primera fase: proceso de aprendizaje de un nuevo equilibrio

En esta primera fase, el fisioterapeuta participará verbalmente en el proceso de aprendizaje.

El primer paso será sentir y mantener el nuevo equilibrio que se propone con la técnica de “las 2 ruedas”. Para esto, se necesitan dos ayudas técnicas: una tabla de madera (de 1 m. de largo y 7 cm. de alto) y una pared. Colocaremos la silla de ruedas a 20-25 cm. de la pared, y la tabla de madera

por delante de las ruedas traseras. Después, el fisioterapeuta pedirá a la persona que está en la silla de ruedas que empuje hacia atrás las ruedas. Automáticamente, la silla de ruedas pivotará hacia atrás

. Conseguiremos el punto de equilibrio cuando la silla de ruedas no haga fuerza contra la tabla de madera. Paralelamente, si la silla de ruedas impacta contra la pared, quiere decir que ha perdido el equilibrio. Por tanto, el equilibrio de la técnica de “las 2 ruedas” se sitúa en un tramo concreto, delimitado precisamente por la ausencia de contacto con la pared y la ausencia de fuerza contra la tabla de madera.

El proceso de aprendizaje es seguro; si la persona pierde el equilibrio hacia atrás, será sujeta por la pared, y si pierde el equilibrio hacia adelante, será sujeta por la tabla de madera.

Por tanto, la tabla de madera y la pared funcionan como límites, señalando si el equilibrio logrado por la persona es el adecuado. Además, aportan la seguridad necesaria para que la persona pueda concentrarse en las nuevas sensaciones derivadas del proceso de aprendizaje.

En la segunda fase, jugaremos con la tabla de madera, ofreciendo una mayor libertad de movimientos a la persona. Separando la tabla de la pared, la silla de ruedas dispondrá de más espacio para mantenerse en equilibrio entre la pared y la tabla.

El fisioterapeuta completará el entrenamiento con sus explicaciones, que tendrán como objetivo concienciar a la persona del espacio en el que se mueve la silla de ruedas. Gracias a las ayudas técnicas descritas, la persona aprenderá con total seguridad a controlar tanto su esfuerzo como su equilibrio.

2.2 Segunda fase: control de la técnica de “las 2 ruedas”.

Una vez que la persona consiga mantener el equilibrio con la técnica de “las 2 ruedas”, dejaremos de lado cualquier tipo de ayuda técnica. En ese momento, tenemos que empezar a practicar la técnica de “las 2 ruedas” sin pared y sin tabla. Pero, ¿cómo?

Para empezar, hay que empujar suavemente las ruedas hacia atrás y, acto seguido, tenemos que empujarla rápidamente y con fuerza hacia adelante para colocarla sobre dos ruedas. En esta fase, hay que entrenar a la persona bajo la vigilancia de un fisioterapeuta para garantizar su seguridad física. El fisioterapeuta deberá evitar una posible caída y para ello es



necesario que se encuentre en todo momento bien colocado. Por tanto, el fisioterapeuta deberá calcular bien en qué momento debe intervenir, para conseguir evitar una posible caída sin entorpecer el propio entrenamiento.

En caso de considerarlo conveniente, puede utilizar una cuerda, que iría atada a la parte trasera de la silla de ruedas. De este modo, si la silla de ruedas se inclina demasiado hacia atrás, el fisioterapeuta tirará de la cuerda para que la silla no pierda el equilibrio.

3. Moverse mediante de la técnica de “las 2 ruedas”.

El movimiento que obtenemos mediante la técnica de “las 2 ruedas” es el resultado de distintas oscilaciones. Estas oscilaciones se componen de una cadena de equilibrios y disequilibrios que aprovechan la inercia de la silla de ruedas. Debido a la falta de visibilidad, será más difícil mover hacia atrás la silla de ruedas.



Mantener el equilibrio con la técnica de “las 2 ruedas” no es algo espontáneo, y habrá que dedicar bastante tiempo a lograr un buen equilibrio sin caerse hacia atrás. La práctica y el tiempo nos demostrarán que dominar la técnica de “las 2 ruedas” no es algo tan difícil. Si la persona es hábil, bastará con darle un pequeño empujón a las ruedas para poder colocar la silla sobre dos ruedas.

4. Mantenimiento de la técnica de “las 2 ruedas”

Para mantener el equilibrio con la técnica de “las 2 ruedas”, es necesario que el centro de la masa que conforman la persona y la silla de ruedas esté situada sobre el eje posterior de la silla de ruedas, es decir, en la zona de contacto entre las ruedas posteriores y el suelo.

Si el centro de la masa se coloca por delante o por detrás del citado centro de equilibrio, la silla perderá el equilibrio y se desplazará hacia adelante o hacia atrás. Si la silla de ruedas se va hacia adelante, la persona no sufrirá ningún daño (dado que las ruedas delanteras tocarán el suelo), pero si marcha hacia atrás, habrá riesgo de sufrir una lesión.

El equilibrio no es un punto concreto o algo estático, sino un conjunto de puntos que van cambiando con el movimiento. Así, gracias a la rotación de las ruedas traseras, tendremos la posibilidad de mover ese punto de equilibrio, sin renunciar a la técnica de “las 2 ruedas”. Mediante esos ajustes hacia adelante o hacia atrás (mediante la rotación de las ruedas traseras), podemos mantenernos en equilibrio, tanto en movimiento como si permanecemos en un sitio concreto. En cambio, sin ajustes no podríamos mantener por mucho tiempo la técnica de “las 2 ruedas”.

5. Distintos factores que facilitan la técnica de “las 2 ruedas”

Las distintas características que ofrecen las sillas de ruedas son responsables de facilitar o dificultar la técnica de “las 2 ruedas”.

- Arco de rotación: lo determinará, sobre todo la longitud de la batalla, es decir, la distancia entre las ruedas delanteras y traseras. Cuanto más pequeña sea la batalla, más corto será el arco de rotación y, por tanto, más fácil será mantener el equilibrio con la técnica de “las 2 ruedas”.

- Cuando más adelantada esté la rueda trasera, más balanceante estará la silla de ruedas y, en consecuencia, más fácil será mantener el equilibrio con la técnica de “las 2 ruedas”.

- Otros factores importantes son el peso de la persona y de la silla de ruedas y la distribución del peso total. Si se coloca demasiado peso por delante de las ruedas traseras, se dificultará el equilibrio de la técnica de “las 2 ruedas” (sea cual sea la medida de la batalla).

6. ¿A quién va dirigida la técnica de “las 2 ruedas”?

La técnica de “las 2 ruedas” está dirigida especialmente a las personas con lesiones en la médula espinal. El dominio de la silla de ruedas será una parte esencial del proceso de rehabilitación de las personas con la médula lesionada, teniendo siempre en cuenta el grado de lesión que presente cada caso. Será indispensable tener que el tríceps en buen estado para poder dominar la técnica de “las 2 ruedas”.

En cualquier caso, esta técnica se enseñará siempre por prescripción médica.

El tiempo necesario para dominar la técnica variará según las personas. Para algunas, será suficiente unas cuantas horas para lograr un buen equilibrio, mientras que otras personas necesitarán meses para dominar esta técnica.

7. Conclusiones

El dominio de la técnica de “las 2 ruedas” será una combinación del nivel de habilidad logrado por cada persona y de un adecuado desarrollo psicológico. Es importante poner en marcha esta técnica en un plazo corto de tiempo, y en la medida de lo posible, se empezará a enseñar esta técnica mientras la persona permanece en el hospital. Una parte importante del proceso de aprendizaje es la autoevaluación; tras salir del hospital, la persona debe saber cuáles son sus posibilidades técnicas, pues de este modo sabrá cuáles son los obstáculos que puede superar. De esta forma, será capaz de diseñar su estrategia para moverse con facilidad por la calle y poder avanzar tanto técnicamente como psicológicamente.

Bibliografía

- Garel J.P. Éducation physique et handicap motéar. Collection “Les repères pédagogiques”, CNEFEI Nathan Pédagogie, 1996.
- Rafael Gonzalez Mas. 1997. Rehabilitación Médica. Ed. Masson. S.A.
- Guillon B., Laffont I. Actualités sur les fauteils roulants. EMC, Kinésithérapie-Médecine physique-Readaptation, 2002.
- Ham R, Aldersea P, Porter D: Wheelchair Users and Postural Seating: A Clinical Approach. New York, Churchill Livingstone, 1998.
- Sir Ludwig Guttmann. 1981. Lesiones medulares. Ed. Jim. Barcelona
- Mayall JK, Desharmais G: Positioning in a wheelchair: A guide for Professional Caregivers of the Disabled Adult. Thorofare, NJ, SLACK Incorporated, 1995.

Jon Pagazaurtundua Isusi. Fisioterapeuta
Aritz Monasterio Arana. Fisioterapeuta Col. 231
Igone Manciles Marín. Fisioterapeuta Col. 80

Gurpildun Aulkia (2.zatia)

trebezia-lanak gurpildun aulkiarekin

*Jon Pagazaurtundua Isusi
Carlos Esquitino Orovay
Aritz Monasterio Arana
Igone Manciles Marín*

1. Sarrera

Ibiltzeko ezintasuna duten pertsonak, independenteak izateko, gurpildun aulkiarekin mugikortasun on bat eskuratzea ezinbestekoa dute. “2 gurpil teknika: gurpildun aulkia menperatzeko oinarria” artikulua, gurpildun aulkia 2 gurpilen gainean orekatzeko eta lekuz aldarazteko teknika jaso du. “2 gurpil” teknika menperatu ostean, pertsonak gurpildun aulkia erabiltzeko gaitasun zein teknika aurreratuagoetara jo egingo du, esaterako, espaloi bat igo eta jaistera.

Jarraian azalduko ditugun teknikak pertsona batek eguneroko bizitzan topa ditzakeen egoerei aurre egiteko balio dute.

2. Trebezia-lanak gurpildun aulkiarekin

2.1.- Joan-etorriak eta piboteak:

“2 gurpil” teknikaren bidez lortzen dugun mugimendua, oszilazio ezberdinen ondorioa izango dira. Oreka eta desoreka kate batek osatzen duten aipatu oszilazioek, gurpildun aulkiaren inertziak baliatzen dira. 2 eskuen mugimendu bereziak – esku batek alde batera tiratzen duen bitartean beste eskuak beste aldera bultzatzen du – gurpildun aulkiaren ardatzarekiko pibotatzea ahalbidertzen du.



2.2.- Espaloi bat gainditzea:

Espaloi bat abiadurarik hartu gabe gainditu ahal izateko teknika jarraian azaltzen den moduan gauzatu beharko da:

- Aulkia 2 gurpilen gainean jarri.
- Gurpildun aulkiaren aurreko gurpilak espaloia gainean kokatu eta atzeko gurpilak berriz espaloia kontra kontaktuan jarri.
- Gurpildun aulkia apur bat atzera egin (modu honetan aurreko gurpilen norabide aldaketa ahalbidetzen dugu) aurreko eta atzeko gurpilen arteko distantzia handiagotzeko.
- Eskuak atzeko gurpilaren uztaiaren gainean kokatu eta, gorputza aurrerantz makurtuta dagoela, aurrerantz gogoroki bultzatu.



Espaloi bat abiaduraz baliatuta gainditzeak esfortzu txikiagoa eskatzen du, eta horretaz gain espaloi handiagoak gainditzeko laguntzen du. Era berean, teknika honek mugimenduen koordinazio handiagoa eskatzen du.

Pertsona gurpildun aulkiarekin espaloiarantz abiaduran hurbildu beharko da eta espaloira iritsi aurretik, gelditu gabe, gurpildun aulkia bi gurpilen gainean jarri beharko du. Ondoren, bultzada batez baliatuz gurpildun aulkiak espaloia gaindituko du. Ekintza hau ongi burutzeko 2 baldintza bete beharko dira: batetik “2 gurpil” teknikaren bidez lortzen den altuera espaloia gainditzeko bestekoa behar du izan eta bestetik atzeko gurpilak espaloia jo aurretik, aurreko gurpilak espaloiarekin kontaktuan egotea beharrezkoa da. Momentu horretan, pertsona aurrerantz makurtuko da eta gurpildun aulkia aurrerantz bultzatzen lagunduko du.

2.3.- Espaloi bat jeistea.

Espaloi bat gurpildun aulkia aurrerantz zein atzerantz dagoela jaitsi ahal izango da. Gehienetan espaloia atzerantz jaistea errazagoa izango da.

- Espaloi bat atzerantz jeistea: gurpildun aulkia espaloia baxterarekiko simetrikoki lerrotatua egotea beharrezkoa da. Ondoren, pertsona aurrerantz makurtuta dagoela, gurpildun aulkia atzerantz bultzatuko du.
- Espaloi bat aurrerantz jeistea: Gurpildun aulkia espaloia baxterean 2 gurpilen gainean jarri beharko da. Teknika honek trebetasun maila haundiago bat eskatzen du. Behin espaloiarekiko elkartuta kokatuta egon, gurpildun aulkia arinki eutsi beharko da atzeko gurpilak espaloia jeisten duten bitartean.



2.4.- Eskailera bat atzerantz jeitsi.

Eskailera bat atzerantz jaistea trebezia txikia eskatzen duen teknika da ez baita “2 gurpil” teknika menperatu behar. Teknika honek aldiz ikara sortarazten du eta besoetan indar handia izatea eskatzen du. Beharrezkoa izango da barandila bati eustea eskailera jeitsi ahal izateko. Hasiera batean, gurpildun aulkia eskailerarekiko simetrikoki lerrotatu behar da. Ondoren, esku batek barandila eutsiko du eta beste eskuak gurpilaren uztaiak. 2 eskuarekin egindako elkarlanak eskailera jaistea ahalbidetzen du.



2.5.- Aldapa bat igo eta jeitsi.

- Aldapa bat igo: gorputza aurrerantz makurtzea beharrezkoa izango da. Eskuak atzeko gurpilaren uztaiaren behekaldean egingo dute indar gurgildun aulkia atzerantz kulunka ez dadin.



- Aldapa bat jaitsi: "2 gurpil" teknikaz baliatuta jaitsiko dugu malda. Aldaparen malda "2 gurpil" teknikaren bidez konpentsatu beharko da. Zenbat eta maldatsuagoa izan aldapa orduan eta kulunkatuago egon beharko du gurgildun aulkia.



2.6.- "2 gurpil" teknika baliatuz hormaren kontra atsedean hartzea.

"2 gurpil" teknika menperatzeak horma baten kontra atsedean hartzea ahalbidetzen du. Gorputz enborra atzean kokatzen duen posizio honek, gurgildun aulkian egunero eserita egoteak suposatzen dituen presioak aldatzen laguntzen du, gorputzaren atsedena ahalbideratuz. Teknika honek ongizatea eskaintzen du eta sarritan pertsonak izan ohi dituzten bizkarreko minak ezitzen ditu.



2.7.- Lur orotako ibilbidea.

Gurgildun aulkiaekin jorra daitezkeen teknika ezberdinak menperatu ostean, pertsona lur orotako ibilbide bati aurre egiteko prest dago. Ospitale barruan, kalean topa ditzakegun oztopoak imitatzen dituen zirkuito bat prestatuko dugu: lur mota ezberdinak, malda mota ezberdinak, espaloiak, eskailera...

Zirkuitu honek zihurtasun osoz eta fisioterapeuta baten gainbegiratzapean entrenatzea ahalbidetzen du. Honela ospitalean egonda, kalean topa ditzakegun traba ezberdinei aurre egin aurretik, teknikaren garapen zuzen bat burutzea ahalbidetzen da. Ondorioz, pertsonak gurgildun aulkia eskeintzen dizkion aukerak ahalik hobekien ezagutu eta esploratzeko aukera izango du.

2.8.- Balizko erorketa baten prebentzioa:

- Oharkabeen harrapatutako erorketan norberaren babesarako erreakziobidea: Oharkabeen harrapatzen gaituen erorketa baten aurrean, pertsonak mugimendu bikoitz bat egin beharko du: batetik, esku bat kopeta aurrean jarriko dugu aurretik jaso dezakegun kolpea ekiditzeko eta bestetik burua aurrerantz makurtuko dugu atzetik jaso dezakegun kolpea ekiditzeko.
- Erorketa kontrolatu bati aurre egiteko erreakziobidea: Pertsonak erorketa kontrolatu dezakeenean, aulkia irauli ez dadin, egin beharreko mugimendu bikoitza, gurgildun aulkia hasierako posizioa berreskura dezan, ondorengo da: batetik esku bat lurrean kokatuko dugu eta bestetik beste eskuarekin gurgilaren uztai helduko dugu erorketa ekidituz. Jarraian, esku zein gorputzak elkarrekin aurrerantz egingo duten bultzadari esker hasierako posizioa berreskuratuko dugu.



3. Kaleari aurre egin beharra

Azkenik, gurgildun aulkiaekin ikasitako teknikak eta egindako entrenamenduak, kaleari aurre egin behar zaion momentuan du bere aplikapena. Momentu horretan, pertsonak, bere trebezia kaleko eguneroko bizitzan topa ditzakeen egoeratan froga dezake. Balio urritasuna duen pertsona kaleko eguneroko egoeretara berregokitzen lagunduko duen profesionalak kalerako irteera ezberdinak proposatuko ditu: kale-irteerak, supermerkatu-irteerak, zinema-irteerak... pertsonak dituen beharren arabera alegia.

Kalerako irteera hauek pertsonen trebezia zihurtasun osoz eta gainbegiratzapean probatzea dute helburu.

Ospitaletik kanpo gurgildun aulkian agertzea lan erraza ez denez, egokitzen prozesu horretan balio urritasuna duten pertsonen laguntza eskaintzea beharrezkoa izango da.

Sarritan pertsonak ez dute etxetik irten nahi. Aipatu kalerako irteerak kaleari aurre egiteko lehenbiziko saiakerak eta esperientziak izan ohi dira. Independenteki etxetik irtetera ausartzen diren uneekin batera norberaren lorpen pertsonalak lortzen hasten dira.

4. Ikasketa-programaren kronologia

Orokorrean, etapa bakoitzaren helburuak lortu ostean hurrengo etapak jorratzeari ekingo zaio. Modu honetan, etapa bakoitzak proposatzen duen zailtasun maila errespetatu egingo da. Beste batzutan berriz, etapa bakoitzak proposatzen dituen helburuak lortu ez badira ere, hurrengo etapa batetara pasatzera behartuta izango gara, ager daitezkeen blokeo pertsonalak ekiditeko asmoz. Jokabide honek aurreko etapak ulertu eta gainditzeko lagun gaitzake.

Gurpildun aulkian trebea izateko behar den denbora pertsona bakoitzaren ezaugarrien arabera izango da.

5. Ondorioak

“2 gurpil” teknika eta aurretik aipatu teknika ezberdinek balio urritasuna duen pertsonari kalea eskuragarriagoa egiten badiote, denok batera lan egin dezagun berregokitzapen prozesu hori erraztu eta pertsonaren balio urritasuna murrizteko.

Bibliografía

- Axelson P, Yamada Chesny D, Minkel J et al: The manual wheelchair Training Guide. Minden, NV, PAX press, 1998.
- Cash, J.E. Neurologia para fisioterapeutas. Ed. Panamericana. Buenos Aires.1979
- Castro A, Bravo P. Paraplegia, otra forma de vida. Ed. Sauro. 1993
- Chivilo M. Et coll. Rôle des rééducateurs dans la prévention des douleurs d'épaules du paraplégique. Kinésithér. Scient. 2002
- Croteau C. Wheelchair Mobility. A handbook, Worcester, MA, Park Press Publishing, 1998.
- Guillon B, Laffont I. Actualités sur les fauteuils roulants. EMC, kinésithérapie-Médecine physique – Réadaptation. 2002.
- Kreutz D. Manual wheelchairs: prescribing for function. Top Spinal Cord Inj Rehabil 1995.

Jon Pagazaurtundua Isusi. Fisioterapeuta Gurutzetako Osp.
Carlos Esquitino Orovay. Fisioterapeuta Torrevejiako Osp.
Aritz Monasterio Arana. Fisioterapeuta 231. Elk. Gurutzetako Osp.
Igone Manciles Marin. Fisioterapeuta 80. Elk. Gurutzetako Osp.

Gogoratzen 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.

CLÍNICA LONDRES

MEDICINA Y CIRUGÍA PLÁSTICA

MÉDICOS QUE SÓLO PIENSAN EN TU SALUD

Alameda de Mazarredo, 67 Bis - bajo Bilbao • 944 23 89 88



Miguel Paniagua, adelgazó 47 kg. gracias al Programa Kilow

**PRIMERA CONSULTA
MÉDICA GRATUITA**
902 12 33 66

OFERTA EXCLUSIVA PARA EL Cº OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO

PIERDE PESO Y ENCUENTRA TU EQUILIBRIO IDEAL

Disfruta tú y tus familiares directos del precio especial para miembros del Cº OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO en los tratamientos de adelgazamiento de Clínica Londres, donde un MÉDICO EXPERTO TE ACOMPAÑARÁ Y GUIARÁ EN TODO EL PROCESO DE ADELGAZAMIENTO para conseguir el peso ideal que tu cuerpo necesita. Y ahora, sólo de enero a marzo disfruta de esta exclusiva promoción. Imprescindible acreditación en la primera visita a la clínica.

15% dto. en el resto de tratamientos de medicina estética

TRATAMIENTOS ESPECIALES	TARIFA PRIVADA	TARIFA Cº OF. FISIOTERAP. PV	PROMOCIÓN Cº OF. FISIOTERAP. PV DE ENERO A MARZO
MOLDEA 5 PÉRDIDA DE 5 KG EN 20 DÍAS	810 €	685 €	645 €
MOLDEA 10 PÉRDIDA DE 10 KG EN 60 DÍAS	1.110 €	940 €	885 €
PROGRAMA KILOW TRATAMIENTO CON BALÓN INTRAGÁSTRICO	5.825 €	5.220 €	5.125 €

Tariffas válidas hasta el 31/12/11. No acumulable a otras ofertas.

Unidad de medicina estética • Unidad de cirugía estética • Unidad de obesidad

902 12 33 66
www.clinicalondres.es



BARCELONA • BILBAO • CASTELLÓN • CIUDAD REAL • MADRID • MURCIA • PAMPLONA • SEVILLA • TARRAGONA

Dr. Carlos San Martín Pérez // Las intervenciones de Cirugía Plástica se realizan en el Hospital San Juan de Dios y el Balón Intragástrico en la Clínica San Sebastián

R.P.S. Nº 71/07



Descubre la Tecarterapia, La original.



Porque te importa
la fisioterapia de calidad.

Porque para ti,
el tiempo es importante.

Porque quieres,
tratar a tus clientes
como a los campeones.



Infórmate en nuestros seminarios.

Sólo para profesionales sanitarios.

www.tecar.eu
tel. 902 11 22 31

HABILIDADES (2º parte)

CON LA SILLA DE RUEDAS

*Jon Pagazaurtundua Isusi
Carlos Esquitino Orovay
Aritz Monasterio Arana
Igone Manciles Marín*

1. Introducción

Para las personas con incapacidad para caminar, es esencial lograr una buena movilidad con la silla de ruedas, que les permita ser independientes. El artículo "La técnica de las dos ruedas: base para dominar la silla de ruedas", publicado en el Elkarberri de abril-junio de 2010 mostraba una técnica para desplazarse y mantener el equilibrio sobre dos ruedas. Una vez dominada la técnica de "las 2 ruedas", la persona conseguirá habilidades y dominará técnicas más avanzadas en su uso de la silla de ruedas, como por ejemplo, subir y bajar una acera.

Las técnicas que se detallan a continuación sirven para afrontar situaciones que cualquier persona pueden encontrarse en su vida cotidiana.

2. HABILIDADES CON LA SILLA DE RUEDAS

2.1.- Desplazamientos y giros:

El movimiento que obtenemos con la técnica de "las 2 ruedas" será el resultado de distintas oscilaciones, compuestas de una cadena de equilibrios y desequilibrios que aprovechan la propia inercia de la silla de ruedas. La acción combinada de ambas manos –mientras una mano tira hacia un lado la otra empuja hacia el lado contrario– permite pivotar sobre el eje de la silla de ruedas.



2.2.- Subirse a una acera:

Para poder subirse a una acera sin tener que tomar velocidad, es necesario realizar la técnica que se explica a continuación:

- Colocar la silla sobre 2 ruedas.
- Colocar las ruedas delanteras de la silla de ruedas sobre la acera y poner las ruedas traseras en contacto con la misma.
- Llevar ligeramente hacia atrás la silla de ruedas (de este modo posibilitamos el cambio de sentido de las ruedas delanteras) para aumentar la distancia entre las ruedas delanteras y traseras.
- Colocar las manos sobre el aro de las ruedas traseras e, inclinando el cuerpo hacia adelante, empujar fuertemente en esa dirección.



Subirse a una acera con velocidad requiere menos esfuerzo y, además, ayuda a superar aceras más altas. No obstante, esta técnica requiere mayor coordinación de movimientos.

El sujeto debe acercarse rápidamente a la acera con la silla de ruedas y, antes de llegar y sin detenerse, deberá colocar la silla sobre dos ruedas. Después, con la ayuda de un impulso, habrá conseguido subir la silla de ruedas encima de la acera. Para realizar correctamente esta acción deben cumplirse las dos condiciones siguientes: por un lado, la altura lograda mediante la técnica de "las 2 ruedas" debe ser suficiente para superar la acera, y por otro lado, es necesario que, antes de que las ruedas traseras alcancen la acera, las delanteras se encuentren ya en contacto con ella. En ese momento, el sujeto se inclinará hacia adelante para ayudar a impulsar la silla de ruedas en esa misma dirección.

2.3.- Bajarse de una acera.

Para bajarse de una acera, la silla de ruedas puede estar colocada hacia adelante o hacia atrás. Generalmente, será más fácil descender hacia atrás.

- Bajar una acera hacia atrás: es necesario colocar la silla de ruedas alineada simétricamente con el borde de la acera. A continuación, el sujeto, inclinado hacia adelante, impulsará la silla de ruedas hacia atrás.



- Bajar una acera hacia adelante: Es necesario colocar la silla de ruedas sobre dos ruedas en el borde de la acera. Esta técnica requiere mayor nivel de habilidad. Una vez pegada al borde de la acera, debe sostenerse ligeramente la silla de ruedas, al tiempo que descienden las ruedas traseras.

2.4.- Bajar una escalera hacia atrás.

Bajar una escalera hacia atrás es una técnica que requiere de poca destreza, al no ser necesario dominar la técnica de "las 2 ruedas".

Sin embargo, se trata de una técnica que genera temor y requiere de gran fuerza en los brazos. Por ello, es necesario sujetarse a una barandilla para bajar la escalera.

En primer lugar, hay que colocar la silla de ruedas de forma simétrica respecto a la escalera. Después, una mano se sujetará a la barandilla y la otra al aro de la rueda, de forma que el trabajo combinado de ambas manos permita bajar la escalera.



2.5.- Subir y bajar una cuesta.

- Subir una cuesta: Es necesario inclinar el cuerpo hacia adelante. Las manos deberán actuar en la parte baja del aro de la rueda trasera para que la silla de ruedas no se balancee hacia atrás



- Bajar una cuesta: Bajaremos la cuesta usando la técnica de "las 2 ruedas", con la que deberemos compensar la pendiente. Cuanto más empinada sea una cuesta, más balanceada deberá encontrarse la silla de ruedas.



2.6.- Descansar contra la pared con la técnica de "las 2 ruedas"

Dominar la técnica de "las 2 ruedas" permite descansar colocándose contra una pared. Esta posición contribuye a modificar las presiones que supone estar sentado cada día en la silla de ruedas y favorece el descanso corporal. Además de aportar bienestar, esta técnica alivia a menudo los dolores de espalda que suelen sufrir estas personas.



2.7.- Itinerario todoterreno.

Una vez dominadas las diferentes técnicas que pueden practicarse con la silla de ruedas, la persona está preparada para afrontar un itinerario todoterreno. Dentro del propio hospital, prepararemos un circuito que imite los obstáculos que podemos encontrarnos por la calle: diferentes tipos de pavimento, distintas clases de cuestas, aceras, escaleras...

Este circuito permite entrenar con total seguridad y bajo la supervisión de un fisioterapeuta. De esta forma, antes de hacer frente a los distintos obstáculos que podemos encontrarnos por la calle, desde el propio hospital se garantiza una

correcta evolución de este tipo de pacientes, de modo que tengan ocasión de conocer y explorar de la mejor forma posible las posibilidades que les ofrece la silla de ruedas.

2.8.- Prevención de una posible caída:

- Formar de reaccionar para autoprotegerse en caso de una caída involuntaria: Ante una caída que nos sorprenda forma involuntaria, hay que ejecutar un doble movimiento, colocando una mano sobre la frente para evitar un posible golpe por delante e inclinando la cabeza hacia abajo para evitar un posible golpe por detrás. Forma de reaccionar ante una caída controlada: Cuando la persona puede controlar la caída, debe hacer un doble movimiento que impida el vuelco de la silla y permita que retorne a su posición inicial, colocando una mano en el suelo y sujetando con la otra el aro de la rueda para evitar la caída. A continuación, gracias al impulso hacia adelante del cuerpo y de la mano, recuperaremos la posición inicial.



3. NECESIDAD DE ENFRENTARSE A LA CALLE

Por último, el entrenamiento y las técnicas aprendidas con la silla de ruedas tienen su aplicación en el momento de enfrentarse a la calle. En ese momento, la persona puede comprobar su destreza en las distintas situaciones que se encontrará en su vida cotidiana en la calle. El profesional que ayuda a la persona con minusvalía en su readaptación a las situaciones cotidianas de la calle, propondrá distintas salidas: a la calle, al supermercado, al cine... naturalmente, siempre en función de las necesidades de la persona afectada.

Estas salidas a la calle tienen como objetivo comprobar, de forma segura y supervisada, la habilidad de estas personas.

No es fácil aparecer en silla de ruedas fuera del hospital y, durante este periodo de adaptación, será necesario prestar ayuda a las personas con minusvalía.

A menudo, estas personas no quieren salir de casa. Las salidas a la calle mencionadas anteriormente suelen ser los primeros intentos y experiencias para enfrentarse a la calle. A partir del momento en que se atreven a salir de casa de forma independiente, empiezan a desarrollar sus propios logros personales.

4. CRONOLOGÍA DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJE

Generalmente, una vez logrados los objetivos fijados para cada etapa, se dará comienzo a las etapas siguientes. De este modo, se respetará el nivel de dificultad propuesto por cada etapa. Sin embargo, aunque a veces no se obtengan los resultados propuestos para cada etapa, nos veremos obligados a

pasar a la siguiente etapa, con el objetivo de evitar posibles bloqueos personales. Esta forma de actuar puede ayudarnos a comprender y asumir las etapas anteriores.

El tiempo necesario para lograr ciertas destrezas con la silla de ruedas depende de las características de cada de cada persona.

5. CONCLUSIONES

A pesar de que la técnica de “las 2 ruedas” y el resto de técnicas mencionadas en el presente artículo contribuyen a hacer más accesible la calle a las personas con minusvalía, debemos trabajar de forma conjunta para facilitar ese proceso de adaptación y reducir de ese modo la minusvalía de dichas personas.

Bibliografía

- Axelson P, Yamada Chesny D, Minkel J et al: The manual wheelchair Training Guide. Minden, NV, PAX press, 1998.
- Cash, J.E. Neurologia para fisioterapeutas. Ed. Panamericana. Buenos Aires.1979
- Castro A, Bravo P. Paraplegia, otra forma de vida. Ed. Sauro. 1993
- Chivilo M. Et coll. Rôle des rééducateurs dans la prévention des douleurs d'épaules du paraplégique. Kinésithér. Scient. 2002
- Croteau C. Wheelchair Mobility. A handbook, Worcester, MA, Park Press Publishing, 1998.
- Guillon B, Laffont I. Actualités sur les fauteuils roulants. EMC, kinésithérapie-Médecine physique – Réadaptation. 2002.
- Kreutz D. Manual wheelchairs: prescribing for function. Top Spinal Cord Inj Rehabil 1995.

Jon Pagazaurtundua Isusi. Fisioterapeuta Gurutzetako Osp.
Carlos Esquitino Orovay. Fisioterapeuta Torrevejiako Osp.
Aritz Monasterio Arana. Fisioterapeuta 231. Elk. Gurutzetako Osp.
Igone Manciles Marín. Fisioterapeuta 80. Elk. Gurutzetako Osp.

Gogoratzen 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.

CLÍNICA LONDRES

MEDICINA Y CIRUGÍA PLÁSTICA

MÉDICOS QUE SÓLO PIENSAN EN TU SALUD

Alameda de Mazarredo, 67 Bis - bajo Bilbao • 944 23 89 88



Miguel Paniagua, adelgazó 47 kg. gracias al Programa Kilow

**PRIMERA CONSULTA
MÉDICA GRATUITA**
902 12 33 66

OFERTA EXCLUSIVA PARA EL Cº OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO

PIERDE PESO Y ENCUENTRA TU EQUILIBRIO IDEAL

Disfruta tú y tus familiares directos del precio especial para miembros del Cº OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO en los tratamientos de adelgazamiento de Clínica Londres, donde un MÉDICO EXPERTO TE ACOMPAÑARÁ Y GUIARÁ EN TODO EL PROCESO DE ADELGAZAMIENTO para conseguir el peso ideal que tu cuerpo necesita. Y ahora, sólo de enero a marzo disfruta de esta exclusiva promoción. Imprescindible acreditación en la primera visita a la clínica.

15% dto. en el resto de tratamientos de medicina estética

TRATAMIENTOS ESPECIALES	TARIFA PRIVADA	TARIFA Cº OF. FISIOTERAP. PV	PROMOCIÓN Cº OF. FISIOTERAP. PV DE ENERO A MARZO
MOLDEA 5 PÉRDIDA DE 5 KG EN 20 DÍAS	810 €	685 €	645 €
MOLDEA 10 PÉRDIDA DE 10 KG EN 60 DÍAS	1.110 €	940 €	885 €
PROGRAMA KILOW TRATAMIENTO CON BALÓN INTRAGÁSTRICO	5.825 €	5.220 €	5.125 €

Tariffas válidas hasta el 31/12/11. No acumulable a otras ofertas.

Unidad de medicina estética • Unidad de cirugía estética • Unidad de obesidad

902 12 33 66
www.clinicalondres.es



BARCELONA • BILBAO • CASTELLÓN • CIUDAD REAL • MADRID • MURCIA • PAMPLONA • SEVILLA • TARRAGONA

Dr. Carlos San Martín Pérez // Las intervenciones de Cirugía Plástica se realizan en el Hospital San Juan de Dios y el Balón Intragástrico en la Clínica San Sebastián

R.P.S. Nº 71/07



Rotación Interna Gleno-Humeral

patomecánica y enfoque terapéutico

Xabier Intxaurre Pellejero

INTRODUCCIÓN

El número de pacientes que vemos en nuestra práctica clínica diaria con patología en el complejo articular del hombro es muy elevado, siendo la rotación interna en especial, un movimiento cuya recuperación nos suele plantear bastantes problemas a los fisioterapeutas.

Es por ello que este artículo quiere focalizarse en el análisis biomecánico del movimiento de rotación interna gleno-humeral fisiológico para, desde la comprensión del mismo, llegar a entender su patomecánica, es decir, qué pasa en ese hombro para que esté bloqueada su rotación interna, y enfocar de esta forma adecuadamente nuestro tratamiento.

Sólo desde la comprensión de lo fisiológico podremos interpretar correctamente lo patológico, dando de esta forma un acertado enfoque terapéutico que nos permita recuperar la movilidad del hombro.

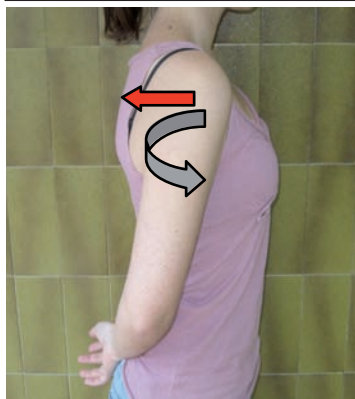
ANÁLISIS BIOMECÁNICO DEL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN INTERNA GLENO-HUMERAL

Situando el movimiento del brazo en cadena cinética abierta (forma más habitual de trabajo), la rotación interna gleno-humeral supone biomecánicamente hablando, movimiento de la cabeza humeral (parte convexa) en relación a la glenoides escapular (parte cóncava).

Recordaremos que todo movimiento articular presenta un componente de rodamiento y otro de deslizamiento, los cuales deben combinarse adecuadamente. En el caso del movimiento de rotación interna, **la cabeza humeral rueda anteriormente con un deslizamiento dorsal asociado**. Este componente de deslizamiento posterior es fundamental para que la cabeza humeral no choque precozmente contra la cápsula articular anterior, ya que llegado este punto, la cabeza humeral no tendrá espacio físico para seguir rodando anteriormente, y consecuentemente el movimiento se bloqueará.

BIOMECÁNICA DE LA ROTACIÓN INTERNA GLENO-HUMERAL

RODAR ANTERIOR ← → DESLIZAR POSTERIOR

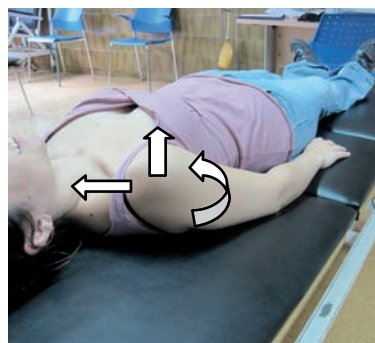


Movimiento de rotación interna

Flecha gris:
rodamiento anterior de
cabeza humeral
Flecha roja:
deslizamiento dorsal
asociado.

PATOMECÁNICA DEL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN INTERNA GLENO-HUMERAL

Clínicamente nos encontramos con un paciente cuya rotación interna está bloqueada. Por más que insistimos en forzar el movimiento, más dolor producimos y esto no va acompañado de ganancia en el arco articular. Paciente que, si observamos, presenta hombros elevados, anteriorizados y rotados internamente.



Paciente con acortamiento de cadenas musculares tónicas de miembro superior

Véase la influencia a nivel de la gleno-humeral, disponiendo a la misma en descentraje craneal, anterior y rotación interna.

Esto biomecánicamente se traduce en que la cabeza humeral de ese paciente está elevada, anteriorizada y rotada internamente. Es decir, ese hombro **¡ya está en rotación interna!**, y es esa precisamente la razón por la que por más que insistimos no ganamos movilidad (paradoja del bloqueo en rotación interna).

El miembro superior presenta 2 cadenas musculares tónicas (ganadoras, conformadas por los músculos de la estática), que ante cualquier proceso de inmovilización, algico, o patológico, imponen su ley frente a las cadenas musculares antagonistas (perdedoras, conformadas por los músculos dinámicos). Las cadenas musculares tónicas tienden al acortamiento y aumento de tono, determinando patrones posturales que llevan a la cabeza humeral a un descentraje craneal, anterior y en rotación interna.

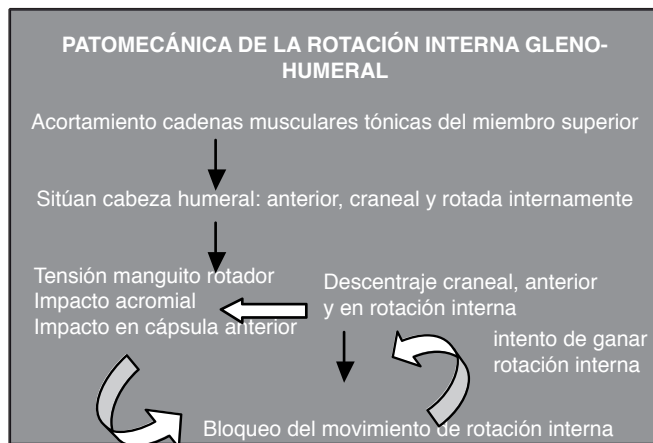
Dichas cadenas musculares tónicas son:

1. Cadena anterior del brazo: comprende todos los músculos suspensores del brazo, antebrazo, de la mano y de los dedos. Es exclusivamente anterior y comprende el trapecio superior, deltoides medio, coracobraquial, bíceps, supinador largo, pronador redondo, palmares, flexores de los dedos y todos los músculos de la cavidad tenar e hipotenar. Su rigidez lleva al hombro hacia delante (tracción del bíceps sobre la apófisis coracoides) y flexiona exageradamente el codo y los dedos.
2. Cadena antero-interna del hombro: está constituida por el subescapular, coracobraquial y el pectoral mayor (su fascículo clavicular es suspensor del brazo). Esta serie se continúa por la parte anterior del brazo. Su pérdida de flexibilidad coloca al brazo en aducción y rotación interna.

Consecuentemente y de acuerdo a lo anteriormente expuesto, el bloqueo del movimiento de rotación interna gleno-humeral

se produce porque bajo el predominio de estas cadenas musculares tónicas, la cabeza humeral se encuentra en descentraje craneal, anterior, y en rotación interna. Es decir, **no va a rotación interna porque ya se encuentra en rotación interna**. No tiene espacio físico para realizar la rotación interna, por una parte porque se encuentra impactada cranealmente (recordaremos a este respecto las palabras de Codman: “la capacidad de rotación es menor a medida que el brazo asciende hasta que en completa elevación – cabeza humeral impactada cranealmente –, las tuberosidades y apófisis quedan impedidas en una posición fija – hombro bloqueado –”), y por otra, porque al situarse anteriormente el rodamiento anterior está imposibilitado (choque contra cápsula anterior).

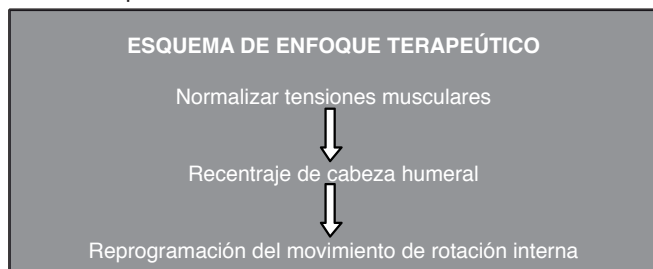
Es por ello que en estas condiciones la cabeza humeral no está, biomecánicamente hablando, en situación favorable para realizar rotación interna. Ya está situada en rotación interna y cualquier intento de rotación interna hace chocar aún más a la cabeza humeral contra la cápsula anterior, produciendo más dolor, más irritación, y un mayor descentraje anterior el cual limitará aún más el movimiento.



ENFOQUE TERAPÉUTICO

En este sentido nos debemos de plantear una serie de cuestiones: ¿lograremos ganancia en rotación interna a base de insistir e insistir en el movimiento?, ¿una estructura no posicionada adecuadamente en su punto de partida podrá llevar a cabo un movimiento correcto tanto en su cantidad – grados de arco articular – como en su calidad?

Obviamente para obtener un movimiento articular adecuado tanto cuantitativa como cualitativamente hablando, deberemos de darle a esa articulación las condiciones biomecánicas favorables para llevarlo a cabo.



En este caso la cabeza humeral es situada en una posición biomecánicamente desfavorable debido a las tensiones musculares de las cadenas musculares tónicas. Por tanto, parece sensato normalizar primeramente dichas tensiones, para ir

posteriormente a recentrar la cabeza humeral en sentido caudal (paso previo a cualquier intento de movimiento rotacional) y dorsal (recentraje fundamental para permitir un rodar anterior de la cabeza humeral durante el movimiento de rotación interna). El derrapaje en rotación interna se normaliza al liberar las tensiones musculares de los rotadores internos (integrados en las cadenas tónicas del miembro superior), junto con el recentraje en rotación externa de la gleno-humeral.

Rearmonización del descentraje craneal de la cabeza humeral



Flecha roja: fuerza en sentido caudal

Rearmonización del descentraje anterior de la cabeza humeral



Flecha roja: fuerza en sentido lateral y dorsal en un plano perpendicular a la escápula.

Rearmonización del descentraje en rotación interna de la cabeza humeral



Realizamos movimientos de rotación externa a nivel de cabeza humeral.

Fijamos cabeza humeral en rotación externa y dejamos caer balísticamente el brazo en rotación interna.

Esto provocará un rebote a nivel de la cabeza humeral en rotación externa, movimiento durante el cual asistimos al retorno del antebrazo del paciente.

Consecuentemente, la normalización de las tensiones de las cadenas musculares tónicas del miembro superior, es el paso previo para un correcto centraje articular que sitúe a la articulación gleno-humeral en una situación biomecánicamente favorable para una buena dinámica articular.

Por lo tanto una vez recentrada la cabeza humeral, deberemos volver a reprogramar el movimiento rotacional. Ahora sí podemos ir a rotación interna reproduciendo el movimiento fisiológico articular, es decir, realizamos rotación interna (rodar anterior de la cabeza humeral) y al mismo tiempo imprimimos un deslizamiento hacia dorsal de la misma. Dentro de esta reprogramación deberemos seguir una progresión, ejecutando primeramente el movimiento de forma pasiva, luego activo asistida, y finalmente activa, tanto concéntrica como excéntrica, controlando en todo momento la buena dinámica articular y deteniendo el movimiento en el momento de la aparición de compensaciones.



Técnica de reprogramación del movimiento de rotación interna gleno-humeral

Mientras la mano izquierda del fisioterapeuta imprime un movimiento de rotación interna, la mano derecha reproduce el deslizamiento dorsal fisiológico asociado de la cabeza humeral (flecha roja).

CONCLUSIONES

Este artículo viene a dar un enfoque dentro de la dificultad que nos entraña a los fisioterapeutas la ganancia de rotación interna en nuestra práctica clínica, y el alto número de pacientes que atendemos con problemas en el complejo articular del hombro.

Las cadenas musculares tónicas imponen su ley estableciendo patrones posturales que determinan un posicionamiento articular inadecuado. Son precisamente estos descentrajes articulares los causantes de una mala biomecánica articular, muchas veces no cuantitativamente apreciable, pero sí cualitativamente, dando a la larga procesos degenerativos a nivel de los diferentes elementos articulares y periarticulares.

Entender la biomecánica fisiológica es fundamental para tener claro el patrón de actuación, devolviendo a la articulación su equilibrio. Insistir en movilizar algo no adecuadamente posicionado llevará a más descentraje y mayor agresión articular y periarticular. Por tanto, normalicemos tensiones musculares, posicionemos los elementos articulares adecuadamente, y a partir de ahí movamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ph.-E-Souchard. Las cadenas musculares y sus posturas. Natura Medicatrix. Otoño 1987 (nº 17).
2. F.M.Kaltenborn. Fisioterapia manual extremidades. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
3. Dr. Rene Cailliet. Hombro. El manual moderno, s.a.
4. Margarita Company. Curso fisioterapia analítica según el concepto Sohier.

Xabier Intxaurbe Pellejero. Fisioterapeuta Col. 532



Fabricante líder mundial en equipos de rehabilitación
presenta su terapia por Ondas de Choque



NOVEDAD

Intelect®
RPW

DJO Ibérica

Carretera de Cornellá 144, 1º 4ª

Esplugues de Llobregat

08950 Barcelona

Tel: 934803202

Fax: 934733667

Email: es.info@DJOGlobal.com

www.DJOGlobal.es

 a 

DJO proveedor de soluciones para la salud músculo-esquelética, vascular y el manejo del dolor.

Nuestros productos ayudan a prevenir lesiones o rehabilitar tras una operación, lesión o enfermedad degenerativa.

Visítanos en www.DJOGlobal.es

Calendario **laboral**

Dentro de las explicaciones que sobre distintas materias jurídicas realizamos le toca el turno al Calendario Laboral. Es el calendario en el que se establecen anualmente los días de trabajo y los días festivos, así como los períodos de vacaciones anuales, ya sean de verano, Navidad o Semana Santa.

Fiestas

El Real Decreto 2001/1983, de 28 de julio, en su artículo 45 enumera las fiestas de ámbito nacional, de carácter retributivo y no recuperable, distinguiendo las que tienen el carácter nacional **no sustituibles** por las Comunidades Autónomas y aquellas respecto de las cuales las Comunidades Autónomas pueden optar entre celebrar en su territorio dichas fiestas o sustituirlas por otras que, por tradición les sean propias.

Asimismo, el apartado 2 del artículo 37 del Estatuto de los Trabajadores, Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, faculta en su último párrafo a aquellas Comunidades Autónomas que no pudieran establecer una de sus fiestas tradicionales por no coincidir con domingo un suficiente número de fiestas nacionales a añadir, en el año que así ocurra, una fiesta más, con carácter de recuperable, al **máximo de catorce**.



• 8 Fiestas Nacionales no sustituibles

- 1 de enero (Año Nuevo)
- En abril, el Viernes Santo según la fecha en que caiga
- 1 de mayo (Fiesta del trabajo)
- 12 de octubre (Fiesta Nacional de España)
- 1 de noviembre (Todos los Santos)
- 6 de diciembre (Día de la Constitución Española)
- 8 de diciembre (La Inmaculada Concepción)
- 25 de diciembre (Natividad del Señor)

• 4 Fiestas Nacionales que pueden ser sustituidas por otras fiestas por las Comunidades Autónomas

- 6 de enero (Epifanía del Señor – Día de Reyes)
- 19 de marzo (San José) ó finales de julio (Lunes siguiente a Santiago Apóstol, a elegir por la Comunidad Autónoma)
- En abril, el Jueves Santo según la fecha en que caiga
- Mediados de agosto (Lunes siguiente a la Asunción de la Virgen)

• 2 Fiestas Locales (cada localidad elige las suyas)

Cada Comunidad Autónoma puede decidir trasladar los feriados que caen en domingo al lunes o a otra fecha que prefiera.

De esta manera, el Calendario Laboral oficial en el Estado, sin incluir las Fiestas Locales, lo fija la Dirección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo e Inmigración y se publica antes de empezar cada año en el Boletín Oficial del Estado. (Puede consultarse en www.boe.es)

Por su parte, las Fiestas Locales se publican en el Boletín Oficial de cada Comunidad Autónoma, pudiéndose consultar el calendario completo a nivel de algunas localidades en algunas webs, como por ejemplo:

- www.calendariolaboral.net
- <http://www.ibermutuamur.es/Calendario-Laboral.html> (calendario de fiestas o descargarlo en Pdf personalizable)

Vacaciones

El derecho a unas vacaciones periódicas retribuidas es un derecho constitucionalmente reconocido a los trabajadores (art. 40.2 CE). Este principio es un derecho social comunitario a fin de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y frente al que no son admisibles ningún tipo de excepciones. En este sentido, la Ley reconoce **a los trabajadores por cuenta ajena**, derecho a un período de vacaciones anual, con cargo al empresario, período en que podrá desplegar su propia personalidad del modo que estime más conveniente, por lo que no cabe despedir a un trabajador, por ejemplo, por la realización de un trabajo durante el tiempo de sus vacaciones. El régimen legal no obstaculiza la existencia de regímenes más favorables al trabajador, como consecuencia de normas reglamentarias, convenios colectivos, contratos de trabajo o costumbres del sector. Además, la Ley prevé otro tipo de **permisos**, remunerados o no y se interpretan determinados aspectos, como la proporcionalidad del período de vacaciones cuando el tiempo de servicios sea inferior al año, o la exigencia de un período mínimo de servicios para tener derecho a las vacaciones.

El empresario está obligado a conceder vacaciones dentro del año y se prohíbe el descuento de los permisos concedidos durante ese período.

Para los trabajadores, **el derecho a las vacaciones es irrenunciable e indisponible** y, en principio, no es sustituible por compensación económica. La única sustitución tiene lugar cuando el contrato de trabajo se hubiera extinguido (por ejemplo, un despido o fin del contrato temporal) antes de la fecha fijada para el período vacacional sin que se hubieran disfrutado las vacaciones correspondientes, en cuyo caso se genera un derecho a compensación económica proporcional a la duración de la prestación de servicios en el año de referencia. Esto significa que en el finiquito, correctamente elaborado, debe aparecer una mención expresa a parte proporcional de vacaciones no disfrutadas con expresión de la cantidad en euros correspondiente (a efectos prácticos suele usarse una regla mental sencilla de 2,5 días de salario por mes trabajado).

En la esperanza de haber sido todo lo claro que permite la materia nos despedimos de todos/as.

Seve Setién
Asesoría Jurídica

Barruko Errotazio Gleno-Humeralak

patomekanika eta ikuspegi terapeutikoa

Xabier Intxaurre Pellejero

SARRERA

Askotxo dira gure eguneroko jardun klinikoan sorbaldako giltzadura-konplexuko patologiek jota ikusten ditugun pazienteak, eta patologia horietatik barruko errotazioa da bereziki errehabilitazio aldiaren fisioterapeutoi arazo bat baino gehiago eman ohi diguna.

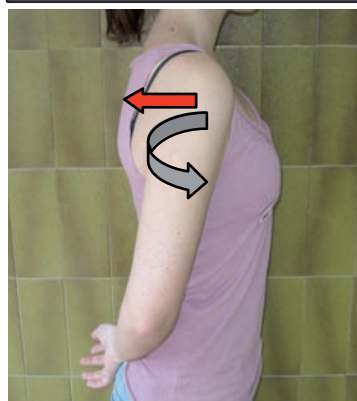
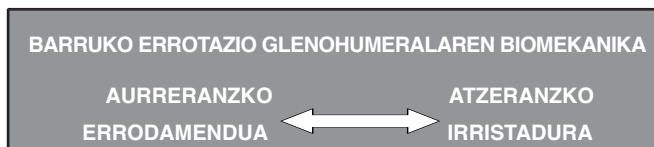
Hori dela eta, arreta egin nahi diogu artikuluko honen bidez barruko errotazio gleno-humeralako mugimendu fisiologikoaren azterketa biomekanikoari, eta hau ulertuta, patomekanika ulertzen saiatuko gara, hots, zer gertatzen ote den sorbaldan horretan barruko errotazioa blokeatuta egon dadin. Horrela, tratamendua egoki bideratzeko aukera izango dugu.

Bakarrik alde fisiologikoa ulertuta interpretatu ahal izango dugu alde patologikoa, eta honela, sorbaldaren mugikortasuna berreskuratzen lagunduko digun ikuspegi terapeutikoa egokia lortu ahal izango dugu.

BARRUKO ERROTazio GLENO-HUMERALEKO MUGIMENDUAREN AZTERKETA BIOMEKANIKOA

Biomekanikaren ikuspegitik, besoaren mugimendua katea zinetiko irekian kokatuz gero (hau da lan-modurik ohikoenak), barruko errotazio gleno-humeralak humero-burua (alde konbexua) glenoide eskapularrarean zehar (alde konkaboa) mugitzea suposatzen du.

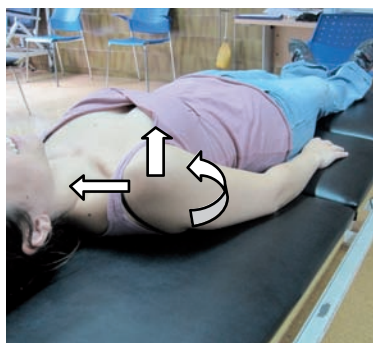
Gogoan izan giltzaduren mugimenduak errodamenduak eta iristadurak osatuta daudela, eta hauek egoki uztartu behar direla. Barruko errotazio-mugimenduaren kasuan, humero-buruan aurrerantzko errodamendua eta honi atxikitako iristadura dortsala gertatzen dira. Atzerantzko iristadura hori funtsezkoa da humero-buruak aurreko kapsula artikularraren aurka behar baino lehenago talka egin ez dezan. Talka gertatuz gero, humero-buruak ez luke leku fisikorik izango aurrerantz biraka jarraitzeko, eta ondorioz, mugimendua blokeatu egingo litzateke.



Barruko errotazio-mugimendua
Gezi gris:
humero-buruaren aurrerantzko errodamendua
Gezi gorria:
aurrekoari lotutako iristadura dortsala

BARRUKO ERROTazio GLENO-HUMERALEKO MUGIMENDUAREN PATOMEKANIKA

Klinikoki barruko errotazioa blokeatuta daukan paziente bat aurkitzen badugu, mugimendua behartzeko egin ditzakegun ahalegin guztiak eginda ere, bakarrik lortuko dugu mina areagotzea, eta honek ez digu handiagoa egingo arku articularra. Pazienteari erreparatzen badiogu, sorbaldak goratuta dauzka, aurrerantz eramanda eta barrutik biratuta.



Goiko gorputz-adarreko katea muskular tonikoak laburtuta dauzkan pazientea
Ikus gleno-humeralaren mailako eragina, aurrerantzko burezur-deszentratzea eta barruko errotazioa behartzen dituen

Biomekanikaren ikuspuntutik, honek esan nahi du paziente horren humero-burua goratuta, aurrerantz eramanda eta barrutik biratuta dagoela. Hau da, sorbaldan hori barruko errotazioan dago jadanik!, eta ondorioz, ahalegin guztiak eginda ere, ez dugu mugikortasun izpirik irabazi behar (barruko errotazio blokeoaren paradoxa).

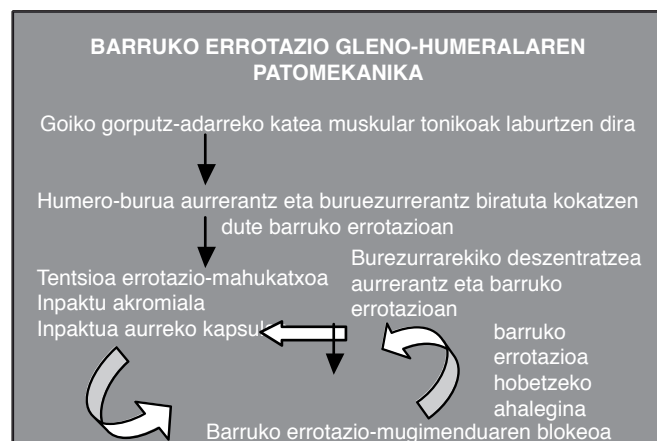
Goiko gorputz-atalk 2 katea muskular toniko ditu (irabazleak, estatikako giharrek osatutakoak), eta hauek dira edozein inmovilizazio-prozesu algiko nahiz patologikotan kontrako katea muskularrei (galtzaileei, gihar dinamikoek osatutakoei) nagusituko zaizkienak. Katea muskular tonikoak laburtzea eta tonua handitzera jotzen dute, eta honek eragindako posturaredunen haritik, burezurrarekiko deszentratzea gertatzen da, aurrerantz eta barruko errotazioan.

Hauexek dira katea muskular tonikoak:

1. Besoaren aurrealdeko katea: besoko, besagaineiko, eskuko eta atzamarretako muskulu esekitzailak guztiek osatzen dute. Aurrealdean kokatuta dago eta goiko trapezioa, erdiko deltoidea, korakobrakiala, bicepsa, supinatzaile luzea, pronatzaile biribila, ahurrekoak, atzamarretako flexiogileak eta barrunbe tenar eta hipotenarreko muskulu guztiak barne hartzen ditu. Zurrunduz gero, sorbaldan aurrerantz eramanda geratzen da (bicepsaren trakzioa apofisi korakoidearen gainean) eta behar baino gehiago flexionatzen ditu ukondoa eta atzamarra.
2. Sorbaldaren aurre-barrualdeko katea: subeskapularrak, korakobrakialak eta pektoral nagusiak osatzen dute (besoa faszikulu klabikularretik esekita dago). Serie honek besoaren goiko alderantz jarraitzen du. Malgutasuna galduz gero, besoa adukzioan eta barruko errotazioan geratzen da.

Ondorioz, arestian aipatutakoaren haritik, katea muskular toniko horiek nagusitzen direnean, humero-burua burezurrarekin deszentratuta geratzen da, aurrerantz eta barruko errotazioan, eta honek barruko errotazio gleno-humeralako mugimendua blokeatzen du. Bestela esanda, ezin du barruko errotazioa egin, barruko errotazioan dagoelako jadanik. Ez dauka espazio fisikorik barruko errotazioa egiteko, alde batetik burezurrarekin inpaktatuta dagoelako (gogoan izan Codman-en hitzak: “besoa jaso ahala gero eta txikiagoa izaten da errotazio-ahalmena, eta guztiz jasota dagoenean –humero-burua burezurrarekin inpaktatuta–, tuberositateak eta apofisia posizio finko batean ezinduta geratzen dira –sorbalda blokeatuta–), eta bestetik, aurrerantz eramanda kokatzean barruko errodamendua ezinezkoa delako (aurreko kapsularen aurkako talka).

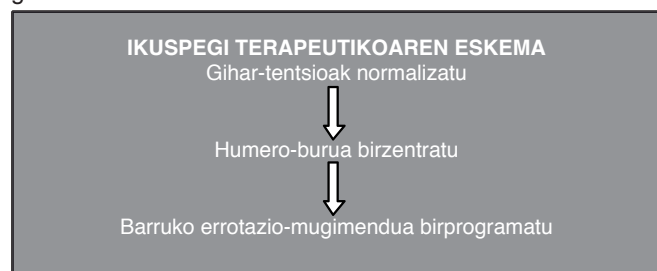
Baldintza hauetan, biomekanikaren ikuspuntutik, humero-burua ez dago egoera egokian barruko errotazioa egin ahal izateko. Barruko errotazioan dago jadanik, eta barruko errotazioa eragiteko ahaleginek handiagoa egiten dute humero-burua eta aurreko kapsularen arteko talka, mina, sumindura eta aurreranzko deszentratzea areagotuz eta mugimendua areago mugatuz.



IKUSPEGI TERAPEUTIKOA

Ildo honetan, zenbait galdera egin behar diogu geure buruari: mugimenduari eragin eta eragin jardunez gero, irabazirik lortuko al dugu barruko errotazioan?, dagokion abiapuntuan behar bezala kokatuta ez dagoen egitura bat mugimendu zuzena egiteko gauza izan daiteke, kantitatez –arku artikularreko graduak– nahiz kalitatez?

Argi dago, kuantitatiboki nahiz kualitatiboki giltzadura-mugimendu egokia lortu nahi badugu, lan hori egitea erraztuko duten baldintza biomekaniko egokiak eman behar dizkiogula giltzadura horri.



Kasu honetan, humero-burua posizio biomekaniko desegokian kokatuta dago, katea muskular tonikoen tentsio muskularren eraginez. Beraz, senezkoa da aurretik tentsio horiek norma-

lizatzea, eta gero, humero-burua birzentratzea, isatserantz (errotazio-mugimendua egiteko edozein ahaleginen aurreko pausoa) eta bizkarrerantz (barruko errotazio-mugimenduan humero-buruari aurrerantz errodatzeko aukera ematen dion funtsezko birzentratzea). Barruko biratzaileen tentsio muskularrak normalizatu ahala (goiko gorputz-ataleko katea tonikoetan), barruko errotazioko derrapajea ere normalizatu eta gleno-humerala birzentratu egiten da kanpoko errotazioari begira.

Humero-buruaren burezurrarekiko deszentratzearen berrarmonizazioa



Gezi gorria: indarra isats alderantz.

Humero-buruaren aurreranzko deszentratzearen berrarmonizazioa



Gezi gorria: indarra alborantz eta bizkarrerantz, eskapularekin perpendikularrean.

Humero-burua barruko errotazioan dagoela gertatutako deszentratzearen berrarmonizazioacabeza humeral



Kanpoko errotazio mugimendua egin humero-buruaren parean.

Humero-burua kanpoko errotazioan finkatu eta besoa erortzen utzi barruko errotazioan dagoela.

Honek errebotea eragingo du humero-buruaren parean kanpoko errotazioan, eta mugimendu horretan pazientearen besagaina atzerantz eramaten lagunduko dugu.

Beraz, lehenik eta behin, goiko gorputz-adarreko katea muskular tonikoen tentsioak normalizatu behar dira, giltzadura gleno-humerala dinamika articular egokirako egoera biomekanikoan kokaraziko duen zentratze articular zuzena egin ahal izateko.

Humero-burua birzentratu ondoren, errotazio-mugimendua birprogramatu behar dugu. Une horretan, barruko errotazioa landu ahal dugu, mugimendu fisiologiko articularra berreginez. Bestela esanda, barruko errotazioarekin batera (humero-buruaren aurreranzko errotamendua), irristadura dorsala ere eragin behar dugu. Birprogramazio honen barruan, ondoz ondoko pausoak egin behar ditugu, lehendabizi mugimendua era pasibo batean eginez, eta gero era aktibo batean, baina lagunduta, dinamika articularra egokia dela kontrolatuz eta mugimendua geldiaraziz konpentsazioaren bat agertzen den unean.



Barruko errotazio gleno-humerales mugimendua birprogramatzeko teknika
Fisioterapeuten ezkerreko eskuak barruko errotazio-mugimendua egiten duen bitartean, eskuineko eskuak humero-buruaren irristadura dorsala fisiologikoa eragiten du (gezi gorria).

ONDORIOAK

Fisioterapeuton jardun klinikoan barruko errotazioa hobetzeak dakartzan zailtasunei erreparatuta eta sorbaldako giltzadura-konplexua kaltetua duten pazienteen kopuru handia gogoan hartuta, ikuspegia zertxobait finkatu nahi izan dugu artikulua honen bitartez.

Katea muskular tonikoak nagusitzen direnean, posizionamendu articular desegokiak eragin ditzaketen postura-ereduak sor daitezke. Deszentratze articular hauek dira, hain zuzen ere, biomekanika articular okerraren eragileak. Askotan ez dago horren neurketa kuantitatiborik egiterik, baina kualitatiboki suma daiteke, eta epe luzera, degenerazio-prozesuak sortaraz ditzake elementu articular eta periarticular desberdinetan.

Biomekanika fisiologikoa ulertzea ezinbestekoa da ekintza-eredua argi izateko eta giltzadurari oreka itzuli ahal izateko. Zeozer behin eta berriz mugiarazteak, egoki posizionatu gabe, deszentratzea areagotu eta eraso articular eta periarticularra handiagotzea ekar dezake. Ondorioz, tentsio muskularrak normaliza ditzagun, elementu artikularrak egoki finka ditzagun, eta hortik aurrera, mugitzeari ekin diezaiozun.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ph.-E-Souchard. Las cadenas musculares y sus posturas. Natura Medicatrix. Otoño 1987 (nº 17).
2. F.M.Kaltenborn. Fisioterapia manual extremidades. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
3. Dr. Rene Cailliet. Hombro. El manual moderno, s.a.
4. Margarita Company. Curso fisioterapia analítica según el concepto Sohier.

Xabier Intxaurre Pellejero. Fisioterapeuta 532. Elk



Fabricante líder mundial en equipos de rehabilitación
presenta su terapia por Ondas de Choque



NOVEDAD

Intelect
RPW

DJO Ibérica

Carretera de Cornellá 144, 1º 4ª

Esplugues de Llobregat

08950 Barcelona

Tel: 934803202

Fax: 934733667

Email: es.info@DJOGlobal.com

www.DJOGlobal.es

 a 

DJO proveedor de soluciones para la salud músculo-esquelética, vascular y el manejo del dolor.

Nuestros productos ayudan a prevenir lesiones o rehabilitar tras una operación, lesión o enfermedad degenerativa.

Visítanos en www.DJOGlobal.es

Entrevista a **Iban Arrien**, Responsable de la Comisión de Dependencia, Geriátría y Discapacidad Física del COFPV



Iban Arrien, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, Vocal del Comité Ejecutivo del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) y en la actualidad Coordinador responsable del Área de Dependencia del Consejo (CGCFE). La presente entrevista será publicada en el blog de Obra Social de Caja Madrid.

¿Se utiliza la Fisioterapia en personas con Alzheimer, Parkinson o enfermedades neurodegenerativas?

Por supuesto que sí. Es una parte fundamental del tratamiento. La Fisioterapia neurológica o Neuro-rehabilitación, es un proceso asistencial destinado a restaurar y/o compensar los déficits físicos y funcionales que presentan las personas afectadas por una discapacidad física, como consecuencia de una lesión del sistema nervioso. El objetivo consiste en la evaluación de las deficiencias físicas, el tratamiento físico de las discapacidades y contribuir a disminuir el impacto de la minusvalía. Es decir, en general, el objetivo fundamental del tratamiento de Fisioterapia, es el de conseguir mantener el mayor grado de autonomía física y funcional, de tal forma y manera, que mejoremos su calidad de vida y la de su familia.

Utilizamos la Fisioterapia en cualquier patología del sistema nervioso que sea beneficiaria de la misma. Tratamos a adultos y a niños con afecciones neurológicas. Por ejemplo: Hemiplejías por accidentes cerebro vasculares - Ictus cerebrales; traumatismos craneo encefálicos como consecuencia de accidentes de tráfico, laborales, deportivos, caídas...; síndromes cerebelosos como ataxias; parálisis cerebral infantil, enfermedades neurodegenerativas como esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer; enfermedades neurológicas asociadas al envejecimiento; pacientes con pérdida de autonomía personal y con grado de dependencia física, y otras enfermedades de diferente etiología.

¿Qué beneficios les aporta?

El ejercicio físico y mental es primordial para que no se produzca un envejecimiento del cerebro y sigamos manteniendo nuestro cerebro activo, con una buena memoria, unas buenas capacidades físicas, cognitivas...

El fisioterapeuta establece un protocolo de evaluación fisioterápica, para valorar el estado físico del paciente, su autonomía funcional, y a continuación, establecer y aplicar un programa terapéutico, para intentar conseguir desarrollar al máximo su potencial, mediante el trabajo de la musculatura, la postura, la coordinación, el equilibrio, la marcha, el uso de ayudas técnicas, etc.

Para ello, el fisioterapeuta especialista en neurología se encuentra en continua y rigurosa formación. Trabajamos integrados dentro de un equipo terapéutico interdisciplinar,

formado por profesionales de distintas áreas, realizando con el paciente un tratamiento integral, individualizado y especializado. Para conseguir una atención fisioterápica adecuada debemos de implicar a la familia y/o cuidadores y trabajar también en su entorno habitual (domicilio).

El tratamiento de Fisioterapia se basa en el modelo conceptual elaborado por la OMS, denominado CIF (Clasificación Internacional de Funcionalidad), que justificará los objetivos y actuaciones del fisioterapeuta (Evaluación del Déficit, Dificultades en Nivel de Actividad, en el Nivel de Participación). Las líneas de actuación del tratamiento: existen muchas patologías diferentes pero los ejes de acción deben ser los mismos:

- Tratamiento intensivo, individualizado y especializado.
- Prevención: evitar nuevas complicaciones.
- Tratamiento de mantenimiento: conseguir mantener al afectado en las condiciones más óptimas dentro de sus posibilidades y si no, buscar estrategias de compensación.

¿Qué tipo de ejercicios recomendaría a una persona con estas enfermedades?

Cada patología tiene unas particularidades terapéuticas propias, pero se puede definir una pauta de tratamiento fisioterápico general que responde a las diferentes fases evolutivas de las enfermedades degenerativas progresivas.

Diferenciamos 3 fases evolutivas:

1- Fase Autónoma

Es la fase inicial de la enfermedad. Son totalmente independientes funcionalmente y tienen preservadas la capacidad de equilibrio y marcha.

Tratamiento Fisioterapia:

Facilitación de patrones de movimiento normales, enseñarle un programa de ejercicios de mantenimiento, entrenamiento de la capacidad respiratoria, entrenamiento de resistencia a la fatiga, reeducación del equilibrio y de la propiocepción, educación sanitaria a la familia/cuidadores.

2- Fase de Dependencia Parcial

Aumento de la discapacidad física y dependencia funcional. Fase de inmovilidad progresiva (silla de ruedas).

Tratamiento de Fisioterapia:

Mantenimiento de la capacidad cardio-respiratoria, control postural, estimulación sensorio-motriz, prevención de complicaciones articulares y músculo-tendinosas, reeducación de las actividades de la vida diaria y la adaptación del entorno (domicilio).

3- Fase de Total Dependencia

Existen ya graves problemas de movilidad. Fase de encamamiento.

Tratamiento de Fisioterapia:

Fisioterapia respiratoria, prevención de las complicaciones de la inmovilidad (deformidades articulares, músculo-tendinosas), evitar dolor, realizar tratamiento postural, optimizar el confort.

El manejo diario y la propuesta de tratamiento a realizar ha de ser teniendo en cuenta el "concepto de 24 horas": necesario en fase inicial y fase posterior. Contrarrestar peligro de aparición de reacciones asociadas, transformándose en espasticidad (acortamientos musculares, dolores...).



Objetivos: la integración de ejercicios en las actividades de la vida diaria y tratamiento de mantenimiento.

Ejecución: diaria (si es posible).

Criterios: pocos ejercicios, fáciles, bien explicados y documentados (fotos) al paciente y familiar/cuidador, controlados y variados regularmente.

Supervisión y recordatorio por parte de los familiares. Enseñarles la propuesta de tipos de ejercicios.

Tipos de ejercicios: p.ej.: A realizar: En la cama. Sentado: borde cama-silla. En la mesa cocina. En el baño. De pie. Caminando.

Los cuidadores tienen muchos problemas músculo-esqueléticos por los cuidados que tienen que realizar a estas personas. ¿Nos podría dar algunas pautas para estas personas?

Es muy importante la Ergonomía. Se ha de conocer las ventajas de una movilización correcta para la persona afectada, para el cuidador/familiar, los factores de riesgo que intervienen, los principios de mecánica corporal, el entrenamiento en las técnicas de movilización, la selección del equipo adecuado para movilizar con seguridad. Se deben de tener muy en cuenta todas estas consideraciones antes de realizar movilizaciones y transferencias básicas con personas afectadas. Es fundamental seguir unas indicaciones y pautas de manejo físico del paciente en el domicilio (fase de encamamiento, fase de sedestación, fase de bipedestación, fase de marcha). Cuando sea necesario realizar la adaptación del entorno: Vivienda. Existen guías de Ayudas externas. Como consejos para el cuidador: El aprendizaje de la técnica de movilización y de ejercicios para el cuidado de la espalda. La importancia del manejo físico de la persona afectada por parte de los familiares y/o cuidadores en el domicilio (manejo diario y propuestas de ejercicios dirigidos a la mejora de la funcionalidad: Actividades de la vida diaria). Aprendizaje y utilización de los recursos materiales necesarios para el tratamiento a domicilio.

Iban Arrien Celaya,
Presidente del COFPV
Miembro del Comité Ejecutivo del CGCFE
Coordinador responsable del Área
de Dependencia del CGCFE

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADO



FISIOTERAPIA DE LA COLUMNA CERVICAL . PROF. D FALLA (Australia)
 26-27 de Febrero 12 horas

VENDAJE NEUROMUSCULAR Y EXTEROCEPTIVO (KINESIOTAPING)
 25-26 de Febrero Prof. Ramon Aiguade 15 horas

CURSO DE TECNICAS NEUROMIODINAMICAS
 4-6 de Marzo Prof. Carles Rodríguez 20 horas

CURSO PERCUTOR ESTRUCTURAL
 8-10 de Abril Prof. Luís Galino 25 horas

FISIOTERAPIA CONSERVADORA E INVASIVA DEL SDM-PUNTOS GATILLO
 Prof. Orlando Mayoral, Juan Manuel Martínez, Enrich Iluch, Daniel Pecos
 Seminario Oficial Travell y Simons 100 horas

FIBROLISIS INSTRUMENTAL MIOFASCIAL (GANCHOS)
 10-12 de Junio y 8-10 de Julio del 2.011 40 horas

CURSO INTRODUCTORIO MÉTODO PERFETTI
 Junio del 2.011 Prof. Laia Sallés 20 horas



Euskadi 10-11
Donostia y Bilbao

Telf. 93.460.50.46
 Fax 93.460.50.48

www.fisioformacion.com
info@fisioformacion.com

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

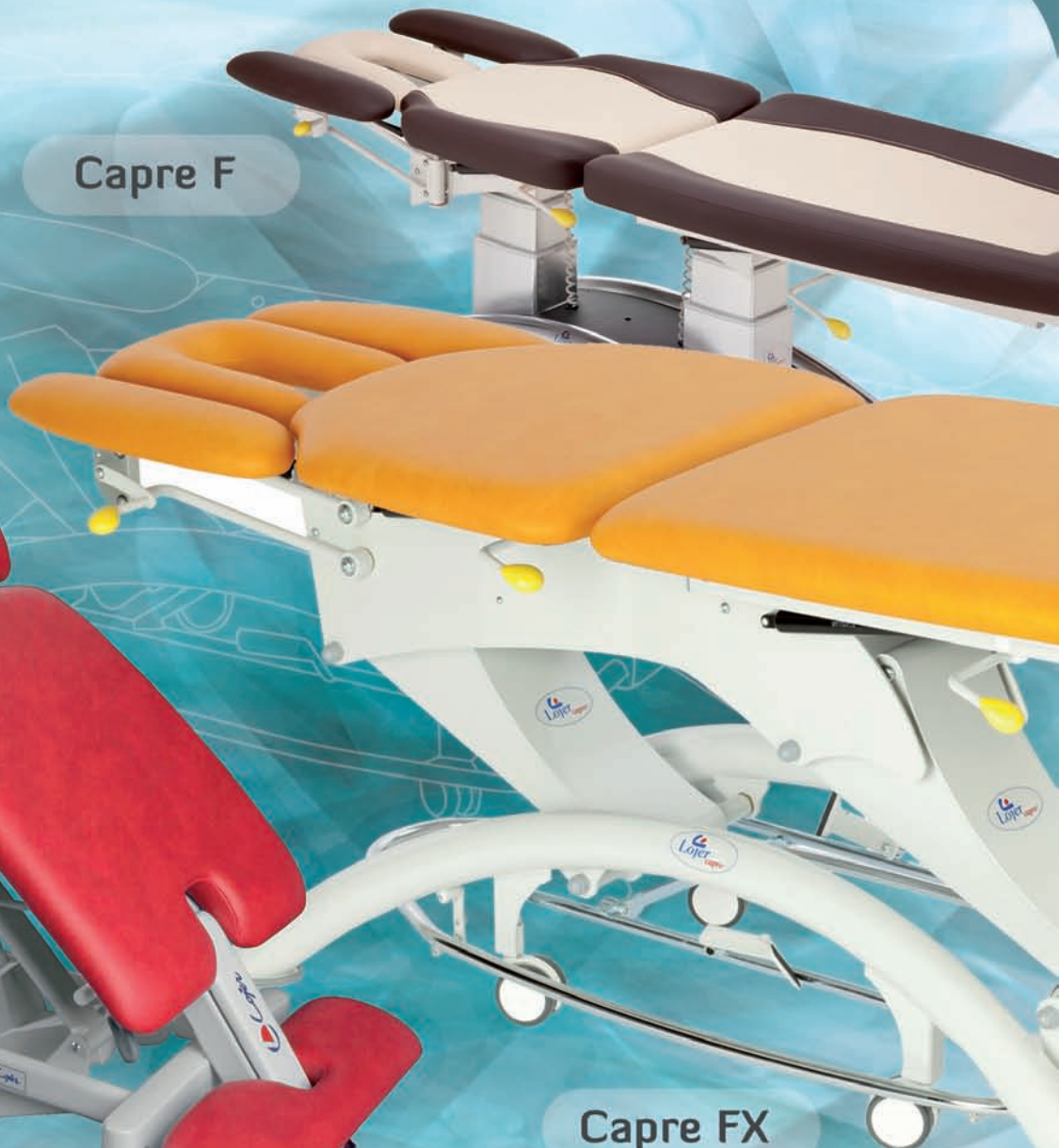
Capre F



Manuthera

 <http://www.atm2000.es/cursos.php>

Capre FX



Nueva línea de camillas Lojer

Calidad superior . Diseño . Funcionalidad . Garantía



Distribuidor autorizado para España: ATM

Larrondo Beheko Etorbidea Edif. 5 Pabellón 8, LOIU
E. ventas@atm2000.es

T: +34 94 470 31 90
www.atm2000.es

F: +34 94 470 02 08

Convenios Colegiales

A continuación os presentamos los convenios que mantiene el COFPV con determinadas empresas o instituciones y que benefician a todos/as los/as colegiados/as.

Para más información, pueden consultar la página web de Servicios Colegiales del COFPV donde viene especificado cada convenio más detalladamente.

Segurmec

Su actividad consiste en asesorar y dar servicio en todo lo referente a seguros a todos/as los/as colegiados/as y a su entorno familiar. SEGURMEC negocia con compañías aseguradoras, siempre de probada solvencia, unos productos especiales y específicos para cada colectivo, intentando conseguir las mejores condiciones tanto en coberturas como en precios.

Algunos de sus productos son: Seguros de Hogar, Seguros de Auto, Seguros de Baja por Enfermedad, Seguros de RC...entre otros.

Todos/as los/as colegiados/as tienen incluido en su cuota colegial un seguro de responsabilidad civil que está coordinado por Segurmec y que tiene un límite de indemnización de 730.000 € (véase web colegial)

PSN

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) es una mutua de seguros de profesionales entre los que destacan los seguros de Accidentes, Incapacidad Laboral Transitoria, Jubilación, etc. Todos/as los/as colegiados/as tienen incluido en su cuota colegial un seguro de accidentes firmado con Previsión Sanitaria Nacional con una cobertura por fallecimiento del asegurado de 6.000 € y una cobertura por invalidez permanente y absoluta baremada de 6.000 €.

Abuelo-a Actual

Empresa especializada en productos para el cuidado de los mayores.

Colaboran con entidades de toda Bizkaia como proveedores homologados.

La ventaja más interesante que ofrece a los/as fisioterapeutas es un descuento del 15% en todos los artículos (excepto hechos a medida y en supresión de barreras), entre otras.

Librería Axón

Librería especializada en material didáctico, libros, revistas y material multimedia relacionado con el campo sanitario.

El descuento para los/as fisioterapeutas es de un 12% tanto en libros, suscripciones a revistas y cualquier otro artículo que se comercialice.

Viajes Barceló

Agencia de Viajes que ofrece mediante su Departamento de Business Travel unos descuentos de:

- 7% sobre paquetes turísticos de las Mayoristas TURAVIA, TRAVELPLAN, ROYAL VACACIONES, HOTELJET, ROYAL CARIBBEAN

-5% sobre paquetes turísticos del resto de Mayoristas

Hoteles Silken Bilbao

La cadena de Hoteles Silken Bilbao comprende tanto el Hotel Indautxu como el Hotel Gran Domine. Gracias a este convenio quedan regulados los precios y condiciones y ofrecen a los/as colegiados/as la tarifa negociada de empresa y/o mejor tarifa flexible disponible. Es necesario informarse previamente de las tarifas vigentes en cada momento.

Hoteles Zenit

La Cadena de Hoteles Zenit ofrece tarifas negociadas y mejor tarifa disponible en todos sus hoteles a nivel nacional. Es necesario informarse previamente de las tarifas vigentes en cada momento.

Banco Sabadell

El Banco Sabadell ofrece una amplia gama de servicios financieros como créditos, hipotecas, depósitos, etc... a unas condiciones excepcionales, además de una tarjeta colegial totalmente gratuita. Información más detallada en el convenio localizable en la web colegial.

Inforpyme

La empresa Inforpyme se dedica a proveer soluciones en material de protección de datos personales y prestará los servicios de gestión, información y asesoramiento sobre la LOPD al COFPV y a sus colegiados/as según estas características:

Empresas con menos de 10 empleados o hasta 25 empleados: 15% de descuento de la tarifa vigente.

Es necesario consultar previamente las tarifas vigentes en cada momento.

Para mayor información o propuestas de convenios, pueden dirigirse a la Comisión de Comunicación, por vía telefónica en el **944 02 01 55** o a través de correo electrónico (**comunicacion@cofpv.org**).

Si desean información más detallada sobre cada convenio, también pueden encontrarla en la web de Servicios Colegiales del COFPV.

BUZÓN DEL COLEGIADO - ELKARGOKIDEAREN BUZOIA

NUEVOS COLEGIADOS

Nota: Desde el 27 de septiembre hasta el 20 de diciembre se han contabilizado 47 nuevas colegiaciones.
Actualmente, el Colegio cuenta con un total de 1699 colegiados.

Araba / Álava

1942	Iñaki	Medina Majuelo
1934	Aimar	Velasco Arbaiza
1947	Jorge	Pavón Moreno
1958	Enejo	Santano Morentín
1955	Rut	Gil Orive
1952	Miren	Echaniz Martínez de Aguirre
1950	Natalia	Oliveira Caneda
1970	Amagoia	López de la Torre
1978	Carolina	Urbina Bartolomé
1977	Nerea	Elorza Calvar

Bizkaia / Vizcaya

1944	Xabier	García Leva
1941	Eneritz	Ginea Cuadra
1940	Amane	Roldán Etxebarria
1935	Cynthia	Cardenas Romero
1949	Nora	Montero Elorza
1948	Estibaliz	Ibarra Asensio
1946	Ainhua	Ispizua Martín
1945	Eva	Trueba Martínez
1060	Paula	Lamadrid Maguregi
1957	Idoia	Alonso Maruri
1953	Asier	Mendia Larrinaga
1962	Sarai	Maidagan Rufo
1969	Aiora	Aresti Altzibar
1967	Ana	Aldape Martín

1965	Nerea	De la Iglesia Díez
1964	Cristina	Gordo Ochoa de Aspuru
1971	Cristina	Otaola Grijelmo
1972	Begoña Iñasi	Pérez Vigiola
1975	Rosario Ana	Fernández Fernández

Gipuzkoa / Guipúzcoa

1943	Samuel	Morales Martín
1939	Eider	Murillo Aguirrebeña
1938	Cristina	Rodríguez Díez
1937	Amaia	Lazpiur Izaguirre
1936	Eduarne	Martínez Aguirre
1745	Borja	Martínez Domínguez
1959	Jon	Arbonies Setas
1956	Joseba	Hernandorena Platero
1954	Silvia	Pascual Balart
1951	Larraitx	Marcos Munduate
1961	Auritz	Mendizabal Asurabarrena
1960	Jon	Retolaza Zabala
1968	Maddalen	Akizu Uribe
1966	Borja	Salcedo Echeverría
1963	Eider	EliceGUI Esnaola
1973	Andoni	Carrasco Uribarren
1974	Igor	Sánchez García
1976	Silvia	Vilasaló Abelló

CURSO:

"Aplicación de Kinesio Taping en patología musculo-esquelética pediátrica" (16 horas)

26-27 marzo 2011

250 euros



neufis

Prof: Elisabeth | fisioterapia - neurología

Más info: 945011130 info@neufisfisioterapia.com

Estimados/as colegiados/as,

Os presentamos esta nueva sección **Buzón del Colegiado**, un espacio disponible para que nos hagáis llegar las últimas noticias relacionadas con los/as fisioterapeutas y donde podéis compartir con vuestros/as compañeros/as aquellas historias más interesantes. Tan sólo tenéis que remitir la información a: **comunicacion@cofpv.org**

Elkargokide agurgarria,

Kidearen Buzoia deritzon atal berri hau aurkeztu nahi dizuegu. Aisa asko erabil dezakezue fisioterapeutekin zerikusia duten azken albisteak ezagutzera emateko edota interesekotzat jotzen duzuen edozein kontu lankideekin partekatzeko. Informazioa hona bidali behar duzue: **comunicacion@cofpv.org**

**ASAMBLEA DEL CGCFE**

Os informamos que el pasado 27 de noviembre se celebró la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Fisioterapia de España (CGCFE) en el Ayre Hotel de Sevilla donde se presentaron y estudiaron los siguientes puntos del Orden del día:

1. Apertura de la sesión.
2. Informes:
 - Presidencia.
 - Vicepresidencia.
 - Secretaría.
 - Vicesecretaría
 - Tesorería.
 - Vicetresorería
 - Vocalías.
 - Asesoría Jurídica y Consultoría Asesoramiento legal.
 - Gabinete Comunicación.
 - Colegios Autonómicos.
 - Comisiones y Grupo de Trabajo.
 - Plan Estratégico 2007-2010.
 - Portal Laboral.
 - Periódico Digital.
3. Presentación propuesta Presupuestos 2011. Propuesta y toma de decisiones.
4. Análisis de la Cuota Extraordinaria de Reposición en aplicación del art. 10.1 a). Aprobación si procede.
5. Presentación Asociación Española de Víctimas del Intrusismo.
6. Valoración e información procesos judiciales pendientes Asesoría Jurídica. Debate y toma de decisiones.
7. Análisis de la situación sobre aspectos de la Profesión. Debate y toma de decisiones.
8. Adaptaciones y desarrollo de la Ley Ómnibus. Debate y toma de decisiones.
9. Presentación de las conclusiones del Plan Estratégico 2007-2010. Debate y aprobación si procede.
10. Propuesta de contratación y/o renovación de profesionales y servicios. Debate y toma de decisiones.
11. Reclamación de la deuda del Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña (años 2009 y 2010). Debate y toma de decisiones.
12. Aplicación del art. 47.4 de los Estatutos del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Deuda del Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña. Debate y toma de decisiones.
13. Propuestas Intrusismo: Campaña: C. Región Murcia. Debate y toma de decisiones.
14. Propuesta de entrega distinciones. (Art. 23 Del Reglamento de Condecoraciones y distinciones). Debate y toma de decisiones.
15. Código Deontológico. Debate y toma de decisiones.
16. Ratificación del nombramiento de los miembros de las Comisiones y Grupos de Trabajo. Aprobación si procede.
17. Resoluciones Profesionales. Aprobación si procede.
18. Propuesta Campeonato de España Media Maratón de profesionales de la sanidad. Debate y toma de decisiones.
19. Ratificación de actividades y relaciones institucionales. Aprobación si procede.
20. Ruegos, preguntas y sugerencias.
21. Aprobación Acta de la Sesión.

Consejo de 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

Fisioterapia eta akupuntura uztartzen al dituzu?

Zure lana beste fisioterapeuta akupuntore batzuekin partekatu nahi al duzu?

Fisioterapeuta akupuntoreei zuzendutako topagunea sortzeko asmoz, lantalde berezi bat eratu dugu. Hilean behin biltzen gara Elkargoaren egoitzan. Talde honetan parte hartu nahi baduzu, gurekin jar zaitezke harremanetan helbide honetan:

acupuntura@cofpv.org

Akupuntura Taldea

NUEVO COMITÉ EJECUTIVO CGCFE

A continuación le detallamos la resolución final de la Convocatoria de Elecciones 2010 acordada por el Comité Ejecutivo (Resolución 03/09/2010) del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.

Destacamos la elección del Vocal III a cargo de D. Iban Arrien Celaya, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

Presidente:

- Ilmo. Sr. D. Pedro Borrego Jiménez. (Castilla y León).

Vicepresidente:

- Ilmo. Sr. D. José Antonio Martín Urrialde. (Madrid).

Secretario General:

- Ilmo. Sr. D. Manuel Alcantarilla Muñoz. (Andalucía).

Vicesecretario General:

- Ilma. Sra. D^a. María Almansa Núñez. (Castilla La Mancha).

Tesorero:

- Ilmo. Sr. D. Tomás Alías Aguiló. (Islas Baleares).

Vicetesorera:

- Ilma. Sra. Ana Jiménez Lasanta. (Navarra)

Vocales I, II y III:

- Ilma. Sra. D^a. Alicia Quintana Coello. (Canarias).

- Ilma. Sra. D^a. Patricia Madrid Treves. (Canarias).

- Ilmo. Sr. D. Iban Arrien Celaya. (País Vasco).

Aprovechamos también estas líneas para informarles que el Presidente del COFPV, D. Iban Arrien Celaya ha sido designado Coordinador Responsable del Área de Dependencia del Consejo General de Colegios de Fisioterapia de España (CGCFE).

Consejo de Redacción



En la foto, de izq. a dcha.

D. Iban Arrien Celaya, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, Dña. Patricia Madrid Treves, Presidenta del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias, Dña. Ana Jiménez Lasanta, Presidenta del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra, Dña. María Almansa Núñez, Secretaria del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla-La Mancha, D. José Antonio Martín Urrialde, Vicedecano del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, D. Pedro Borrego Jiménez, Presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León, D. Manuel Alcantarilla Muñoz, Secretario del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, D. Tomás Alías Aguiló, Decano del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de les Illes Balears, Dña. Alicia Quintana Coello, Vocal de Difusión y Marketing del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias.

VOLUNTARIOS EVENTOS DEPORTIVOS

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco quiere manifestar pública y expresamente su agradecimiento a todos/as los/as fisioterapeutas voluntarios/as que han participado en los eventos deportivos de este año.

Esperamos poder contar con vuestra presencia y colaboración también en las ocasiones que tengamos para este próximo año 2011.

Aitor Medrano Peral, Colegiado N° 1845
Yon Tena Baena, Colegiado N° 1796
Saioa Urbietta Pérez, Colegiada N° 1275
Joseba Cabrejas Ugartongo, Colegiado N° 1629
Rubén Ibarguren Pérez, Colegiado N° 1668
Iker Villanueva Ruiz, Colegiado N° 1244
Unai Larrañaga Quintana, Colegiado N° 1380
Onintze Erquicia Unanue, Colegiada N° 1849
Goizalde Terés Zubiaga, Colegiada N° 1842
Fernando Lázaro Conde, Colegiado N° 230
Gotzon Achaerandio Cuartero, Colegiado N° 310
Susana Rodríguez Félix, Colegiada N° 1056
Aimar Velasco Arbaiza, Colegiado N° 1934
Keltse Tercilla Cobo, Colegiada N° 1212

Muchas gracias a todos.

Comisión de Comunicación

FISIOAID

Estimado/a Colegiado/a:

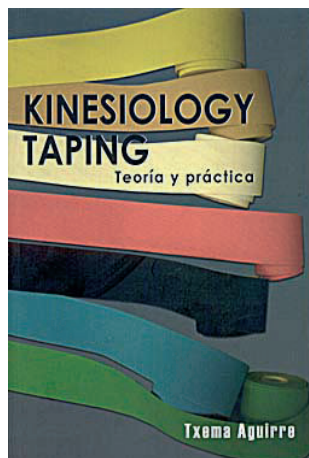
Le informamos que el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ha creado la página web FISIOAID, que contiene el Programa de Cooperación Internacional y Ayuda en Fisioterapia.

Este programa incluye una serie de acciones en el exterior del Estado, destinadas a mejorar la asistencia fisioterapéutica a las poblaciones de países en fase de desarrollo y en situación de crisis y está orientado a contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud relativa a Prevención, Manejo y Rehabilitación de la Discapacidad.

Para aquellos/as interesados/as, el link a la web es el siguiente: <http://www.cofispa.org/fisioaid/>

Esperando que sea de su interés,
reciba un cordial saludo,

Consejo de Redacción



**KINESIOLOGY TAPING.
TEORIA Y PRACTICA
Aguirre, T.**

ISBN-13: 9788461409860
Publicado: Junio 2010
Edición: 1ª
Idioma: Español
Páginas: 256
Peso: 1.000 gramos
Dimensiones: 17 x 24 x 2 cms.
Editorial: BIOCORP

CONTENIDOS

Este libro nace con la clara vocación de aportar un granito de arena en el conocimiento, la transmisión y divulgación del conocimiento de la técnica del Vendaje Neuromuscular, y por ello –tal como aparece en el título-, tiene 2 partes que conforman un todo, pero que son claramente diferenciadas: la Teoría como soporte del conocimiento y la Práctica como la aplicación de dicho conocimiento.

En el apartado Práctico, consideramos esencial la combinación de texto e imágenes, ya que el sentido de la vista va a aportar una mejor comprensión e integración de los conceptos, técnicas y comentarios vertidos en el texto.

Por ello las diferentes Aplicaciones Prácticas desarrolladas en este libro –siguiendo la pauta ya comenzada con el anterior libro, “Kinesiology Tape Manual. Aplicaciones Prácticas”- presentan una gran profusión de imágenes, en lo que supone un seguimiento visual paso a paso del proceso de vendaje, lo que sin duda va a servir de apoyo esencial al correcto desarrollo de la Aplicación y favorecer así la obtención de los resultados esperados.

Realizado desde la humildad que presta el conocimiento de las propias limitaciones, con muchos aspectos que entender y aprender en una técnica con todavía mucho recorrido futuro, he intentado transmitir con seriedad, rigor y entusiasmo la experiencia de años de aprendizaje y práctica, para compartirla con todos los que, como yo, se sientan atraídos por el vendaje neuromuscular.

La base fundamental de este proyecto sigue siendo el convencimiento, forjado todo este tiempo, de que el vendaje neuromuscular funciona, es útil, y si en ocasiones no se logra el efecto deseado es más por falta de precisión en la colocación, por no haber respetado el protocolo requerido, por una mala indicación o, simplemente, por desconocimiento de la técnica.

El desarrollo del libro es similar al anterior pero intentando ampliar a fondo cada una de las cuestiones que se van planteando a la hora de diseccionar los distintos apartados que conforman la técnica del vendaje neuromuscular, aclarando en lo posible aspectos como las tensiones, efectos, formas y hasta el color del vendaje -cuestión no banal y fuente de controversias- las contraindicaciones generales y linfáticas...

Autor: Txema Aguirre

Para obtener el descuento conveniado 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**

Hemiplejía del Adulto. Evaluación y tratamiento.
Bobath, B.
Edición: 3ª
Año: Octubre 1993
Idioma: Español
Editorial: PANAMERICANA

Geriatric Rehabilitation. A textbook for the
physical therapist Assistant.
Bottomley, J.
Edición: 1ª
Año: Julio 2010
Idioma: Inglés
Editorial: SLACK

Ecografía Musculoesquelética
Jacobson, J.
Edición: 1ª
Año: Julio 2010
Idioma: Español
Editorial: JOURNAL

Prevención y Rehabilitación en Patología
Respiratoria Crónica
Giménez, M.
Edición: 2ª
Año: Abril 2004
Idioma: Español
Editorial: PANAMERICANA

Travell y Simons Dolor y Disfunción
Miofascial, Vol. 1
Travell & Simons
Edición: 2ª
Año: Febrero 2001
Idioma: Español
Editorial: PANAMERICANA

Monografía SERAM. Radiología ortopédica
y Radiología dental: Una guía práctica
Tardáguila
Edición: 1ª
Año: Enero 2005
Idioma: Español
Editorial: PANAMERICANA

Movimiento, estabilidad y dolor lumbopélvico
Vleeming et Al.
Edición: 2ª
Año: Junio 2008
Idioma: Español
Editorial: ELSEVIER

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



IMQ Fisioterapeutas

todo lo que le pides
a un seguro médico

IMQ Fisioterapeutas te ofrece nuestra **cobertura sanitaria más completa** para ti y los tuyos, **sin esperas**, con una **amplia red de profesionales** a tu elección, **centros propios** y **las principales clínicas privadas de Euskadi, prestigiosos centros a nivel nacional...**
desde sólo 43,25 €/persona/mes.

Y además:

- **Sin copagos** (excepto psicología y copagos especiales).
- **IMQ Baja Diaria** contratable en condiciones exclusivas, que te garantiza una indemnización diaria en caso de baja por enfermedad o accidente.
- Importantes **ventajas fiscales.**



SEGUIMEC CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.
Nº Registro DGSFP J-1.281 Concertado Seguro
de R.C. y de Caución conforme a la Ley 26/2006.

94 435 46 00
segurmec@icombi.org

 **IMQ**
Tu seguro médico