



ELKARBERRI

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

Nº 34

Nik fisioterapeutaren laguntza behar dut.



Yo requiero de la ayuda de mi fisioterapeuta.

Gu fisioterapeutarengana joaten gara.



Nosotros vamos al fisioterapeuta.

Nik fisioterapeuta baten laguntza eskatu dut.



Yo he solicitado la ayuda de un fisioterapeuta.

Fisioterapia, ezinbestekoa nire bizitzan.



La fisioterapia, imprescindible en mi vida.

FISIOTERAPIA PARA TI, PARA TODOS

Ni fisioterapeutarengana joaten naiz.



Yo acudo a mi fisioterapeuta.

Fisioterapeutaren laguntza behar du.



Él necesita a su fisioterapeuta.

Fisioterapeuta oinarrizko tresna da niretzat.



El fisioterapeuta es mi herramienta básica.

Fisioterapeutarenera joaten naiz.



Yo voy al fisioterapeuta.

Fisioterapeuta oinarrizko tresna da niretzat.



El fisioterapeuta es mi herramienta básica.

FISIOTERAPIA, noiznahi eta nonahi ZURE BIZITZAN.



FISIOTERAPIA, siempre presente EN TU VIDA.



EFEOK Ikastaroak / Cursos del COFPV

Nutrición, Inflamación y dolor crónico <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Maelán Fontes</i>	Urria - Octubre 14-15-16	BILBAO	ordu / horas 20 kredituekin / créditos 2	Elkargokideak / Colegiados 255 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 405 €
Tratamiento integral de las tendinopatías <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Pablo Escribá</i> (<i>equipo docente INSTEMA</i> <i>INSTEMAko Iraskale-</i> <i>Talde</i>)	Urria - Octubre 28-29-30 Abendua - Diciembre 9-10-11	BILBAO	ordu / horas 40 kredituekin / créditos 4	Elkargokideak / Colegiados 490 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 640 €
Gestión en Fisioterapia <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Pablo Waisberg</i>	Abendua - Diciembre 3-4	BILBAO	ordu / horas 15 kredituekin / créditos 1,5	Elkargokideak / Colegiados 210 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 360 €
Pilates Suelo <i>Irakaslea - Profesora</i> <i>Natalia Wiereszen</i>	Urtarrila 2012 Enero 13-14-15 Otsaila 2012 Febrero 17-18-19	GIPUZKOA (por concretar localidad)	ordu / horas 40 kredituekin / créditos 4	Elkargokideak / Colegiados 510 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 660 €
Estimulación Basal <i>Irakaslea - Profesora</i> <i>Bárbara Roller</i>	Iraila - Septiembre 2012	VITORIA	ordu / horas 40 kredituekin / créditos 4	Elkargokideak / Colegiados 470 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 620 €
Fisioterapia en las disfunciones lumbopélvicas y la pubalgia <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Francisco Bautista Aguirre</i>	Martxo 2012 Marzo 23, 24 y 25	DONOSTIA	ordu / horas 20 kredituekin / créditos 2	Elkargokideak / Colegiados 260 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 410 €
Dolor Crónico <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Rafael Torres</i>	Martxo 2012 Marzo 30-31 (viernes y sábado)	BILBAO	ordu / horas 15 kredituekin / créditos 1,5	Elkargokideak / Colegiados 215 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 365 €
KT1-KT2 <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Fernando Reyes</i>	Martxo 2012 Marzo 31 Apirila 2012 Abril 1	VITORIA	ordu / horas 15 kredituekin / créditos 1,5	Elkargokideak / Colegiados 344 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 494 €
Pilates Máquinas <i>Irakasleak - Profesoras</i> <i>Natalia Wiereszen -</i> <i>Sandra Molina</i>	Apirila 2012 Abril Maiatza 2012 Mayo	BILBAO	ordu / horas 40 kredituekin / créditos 4	Elkargokideak / Colegiados 505 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 655 €
Razonamiento Clínico <i>Irakaslea - Profesor</i> <i>Jan de Laere (Bélgica)</i>	Iraila 2012 Septiembre 1-2-3 (sábado, domingo, lunes)	BILBAO	ordu / horas 23 kredituekin / créditos 2,2	Elkargokideak / Colegiados 405 € No Colegiados / Ez Elkargokideak 555 €

Las plazas se otorganán por riguroso orden de ingreso bancario y la inscripción a los cursos debe hacerse a través de la web colegial (www.cofpv.org/fisioterapeutas-tomacion.html)
Plazak banku-ordainketa bidez gordetako dira, eta ikastaroetarako inskribapena Elkargokidearen webgunearan bidez egingo da (www.cofpv.org/fisioterapeutas-tomacion.html)



Blanco y Negro

Luz y sombra, blanco y negro, trabajo y descanso, éxito y fracaso... El ser humano necesita los contrastes para tener referencias y poder así apreciar las diferencias.

El sábado 10 de septiembre celebramos en el Palacio Villa Suso de Vitoria-Gasteiz el Día Mundial de la Fisioterapia bajo el título "Parálisis Cerebral: una vida en movimiento con la Fisioterapia" junto con el apoyo de Aspace Álava, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Diputación Foral de Álava. Este año la jornada ha sido una de las más multitudinarias que se han celebrado hasta el momento y el evento en general fue un éxito tanto a nivel de ponentes; con la presencia del doctor David Alonso y del profesor Michel Le Metayer, como de asistencia y de impacto mediático e institucional.

Para que haya días en los que la Fisioterapia pueda brillar, tal y como lo hizo en esta jornada tan especial para nosotros, debe haber gente trabajando en la sombra, día a día, con ilusión y esfuerzo, constancia y trabajo. Una de estas personas, un gran amigo, que ha trabajado incesantemente en la sombra durante seis exitosos años ha decidido poner punto y final a su etapa como colaborador dentro del COFPV. Han sido seis años de gran dedicación, lucha, trabajo, esfuerzo e ilusión por su parte. Sin trabajo no hay descanso y desde luego que estos años de entrega en cuerpo y alma al COFPV le han otorgado el derecho a descansar.

Las personas no son recordadas por el número de veces que fracasan, sino por el número de veces que tienen éxito. Y tú has logrado el éxito en muchas ocasiones. Pero el éxito no se logra sólo con cualidades especiales, es sobre todo un trabajo de constancia, de método y de organización. Esto es lo que te define. Así eres tú.

Y por ello te recordaremos.

Y este es mi pequeño homenaje. Quiero dedicarte a ti mi primera editorial del Elkarberri, a una de esas personas que ha trabajado sin descanso en la sombra para que el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco brille con luz propia, iluminando el camino de más 1700 profesionales de la fisioterapia y el mío propio en particular en mi comienzo en la andadura dentro del Colegio.

GRACIAS JOSU!!



JUNE RUIZ ORCAJO
Comisión de Comunicación,
Publicidad y Protocolo del COFPV
EFEO-ko Komunikazio, Publizitate
eta Protokoloko Batzordea

Zuria eta Beltza

Argia eta itzala, zuria eta beltza, lana eta atsedena, arrakasta eta porrota... Gizakiak kontrasteak behar ditu erreferentziak zehaztu eta desberdintasunak bereizi ahal izateko.

Irailaren 10ean, larunbatez, Fisioterapiaren Eguna ospatu genuen Gasteizko Villa Suso Jauregian, "Burmuineko Parálisis: bizitza mugimenduan Fisioterapiari esker" izenburupean, Arabako Aspace elkarte, Gasteizko Udala eta Arabako Foru Aldundiaren laguntzaz. Aurtengo jardunaldia izan da orain arte antolatutako dugun jendetsuena, eta jardura erabat arrakastatsua suertatu zen hizlarien mailari dagokionez, David Alonso doktorea eta

Michel Le Metayer irakaslea tarteko zirela, zein jendearen partehartzeari eta komunikabide edo erakundeetan izandako inpaktuari dagokienez.

Egunen batean Fisioterapiak distira egiteko aukera izan dezan, garrantzi handiko jardunaldi horretan distira egin zuen modu berean alegia, egunez egun itzalpean eta ilusioz, ahaleginez, irmotasunez eta nekearen nekez lan egiten duen jendea behar dugu. Pertsona hauen artekoa dugu lagun handi bat, arrakastaz betetako sei urtetan itzalpean eta etengabe lan egiten jardun duena, harik eta EFEOren barruko lanaldiari azken puntua jartzea erabaki duen arte. Sei urteko jardunak, borrokak, lanak, ahaleginak eta ilusioak izan dira berarentzat. Lanik gabe ez dago atsedunik, eta EFEOri gorputz eta arima zuzendutako urte hauek guztiek atsedan hartzeko eskubidea eman diote.

Pertsonak gogoratzeko ez da kontuan izan behar zenbat aldiz porrot egin duten, baizik eta zenbat aldiz arrakasta lortu duten. Zuk arrakasta lortu duzu hainbat eta hainbat aldiz. Baina arrakasta ez da lortzen soilik kualitate berezietan. Etengabeko lanaren, metodoaren eta antolaketaren emaitza da nagusiki. Honexek definitzen zaitu. Honelakoa zara zu. Eta honexegatik gogoratuko zaitugu.

Hauxe da nire omenaldi apala. Zuri eskaini nahi dizut Elkarberri argitaratzen dudana lehenengo editorial hau, atsedan gabeko lana egin baituzu itzalpean Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialak distira egin dezan, Fisioterapiaren alorrean diharduten 1.700 profesional baino gehiagoren bidea argituz, eta nirea ere bai, Elkargoaren barruan egindako ibilbidearen hasieran.

ESKERRIK ASKO, JOSU!!

SUMARIO LABURPENEA

Cursos	2	Ikastaroak
Editorial	3	Editoriala
Noticias	4 - 10	Berriak
Formación	11 - 15	Prestakuntza
Artículos	9-13	Artikuloak
Asesoría Jurídica	16 - 20	Legezkoa
Entrevista	21	Elkarrizketa
Intrusismo	22 - 24	Sarkoikeria
Artículos	25 - 26	Artikuloak
Anuncios	27 - 30	Iragarkiak
Libros	31	Liburuak

Presidencia y Dirección: Iban Arrien Celaya
Coordinación: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo COFPV
Realización y maquetación: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo COFPV
Fotografía: Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo del COFPV
Edita: Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco
Publicación trimestral: 2120 ejemplares
Ejemplar gratuito para distribuir a los/as colegiados/as

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

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

Lehendakaritza eta Zuzendaritza: Iban Arrien Celaya
Koordinazioa: EFEO-ko Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea
Gauzatzea eta maketazioa: EFEO-ko Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea
Argazkigintza: EFEO-ko Komunikazio, Publizitateko eta Protokolo Batzordea
Argitalpena: Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala
Hiruhilabeteko argitalpena: 2120 ale
Elkargokietei emateko dohainezko alea

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

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

🗝️ Día Mundial de la Fisioterapia

· El sábado 10 de septiembre, el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco celebró en el Palacio Villa Suso de Vitoria-Gasteiz el Día Mundial de la Fisioterapia en el País Vasco, con la colaboración especial de la Diputación Foral de Álava y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Como cada año, para la celebración de esta jornada, el COFPV elige una patología que guarda una estrecha relación con la fisioterapia, y en esta ocasión el título ha sido: “*Parálisis Cerebral: una vida en movimiento con la Fisioterapia*”, de la mano de las tres asociaciones que representan esta patología en la CAPV, Aspace – Gipuzkoa, Aspace – Bizkaia y especialmente Aspace – Álava al celebrarse el evento en su provincia.

La Parálisis Cerebral es una patología que, lejos de remitir, va en aumento. Sólo en nuestro país podemos hablar de un porcentaje del 2,5 por mil de la población afectada.

Los datos de la incidencia de la Parálisis Cerebral en el País Vasco son los siguientes: 352 las personas reconocidas con Parálisis Cerebral en Álava, 809 personas con discapacidad por Parálisis Cerebral Infantil en Bizkaia y 365 personas las atendidas en la Asociación ASPACE de Gipuzkoa por esta lesión.

La Parálisis Cerebral puede incidir en personas de cualquier condición y raza y es actualmente la causa más frecuente de discapacidad motórica en los niñ@s desde que se instauró la vacuna de la poliomielitis. Según datos estadísticos ofrecidos por la Confederación ASPACE, el número de personas en España con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone casi el 9% de la población. De ellos, 120.000 tienen Parálisis Cerebral.

Día Mundial de la Fisioterapia

El objetivo que el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco persigue con la organización de esta jornada y la celebración del Día Mundial de la Fisioterapia es acercar a la ciudadanía la figura del fisioterapeuta y el papel que éste desempeña dentro de la sociedad.

Y este año en concreto, destacar su trabajo primordial en la Parálisis Cerebral transmitiendo a la sociedad la importancia del cuidado y tratamiento de la Parálisis Cerebral, y colaborando entre todos para una integración e igualdad social.



El Dr. David Alonso del Palacio abre la jornada con la primera ponencia.

Las charlas fueron totalmente gratuitas, la entrada era libre y como siempre, estuvieron dirigidas a todos aquellos que lo desearan: afectados de Parálisis Cerebral, familiares, profesionales de la salud y ciudadanía en general.

Es la primera ocasión que este evento se centraliza en la capital alavesa y la jornada ha sido una de las más multitudinarias que se han celebrado hasta el momento.



El Prof. Michel R. Le Métayer durante su ponencia.

Queremos remarcar que el evento en general fue un **éxito**, tanto a nivel de ponentes, como de asistencia; con más de 160 asistentes, con un considerable impacto mediático; 32 apariciones en los medios en 8 días, y gran apoyo y reconocimiento institucional.

Ponentes

Como ya hemos dicho, no podemos olvidar que gran parte de este éxito se debe a que este año el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco tuvo el honor de contar con dos ponentes de excepción y reconocido prestigio internacional que expusieron los principios patológicos de la Parálisis Cerebral y el tratamiento fisioterapéutico más apropiado, en una exposición dinámica y atractiva. A continuación una breve reseña de los ponentes:



· El Dr. David Alonso del Palacio es Médico Rehabilitador con experiencia en Neurología Infantil, Clasificador Internacional del CP-ISRA y Director Médico de Aspace Gipuzkoa.



· El Prof. Michel R. Le Métayer es co-responsable pedagógico en Parálisis Cerebral de la Faculté de Médecine Paris-Sud (Universidad Paris XI), Presidente del C.D.I.: Asociación de los profesionales franceses en Parálisis Cerebral y miembro del «Comité Scientifique de la Fondation Motrice pour la Recherche en Paralyse Cérébrale». También es Jefe de la Redacción de la revista «Motricité Cérébrale» – de la editorial Elsevier / Masson y ha publicado el libro titulado “La reeducación cerebromotriz del niño pequeño” (Masson - Barcelona) además de otros libros y artículos en francés e italiano.



De izq. a dcha. June Ruiz (Comité Organizador), Lourdes Atuna (ASPACE Álava), Michel Le Métayer, David Alonso e Iban Arrien (Presidente COFPV).

Apoyo institucional

Este año el Día Mundial de la Fisioterapia en el País Vasco ha contado un importante respaldo institucional,

tanto por parte de la Diputación Foral de Álava como por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. En representación de los mismos, el acto estuvo presidido por:

- Dña. Marta Alaña Alonso, Diputada Foral de Servicios Sociales.
- D. Alfredo Iturricha, Concejal de Servicios a la ciudadanía y Deportes del Exmo. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Junto con:

- Dña Lourdes Altuna Urcelay, Gerente de Aspace – Álava.
- D. Iban Arrien Celaya, Presidente del COFPV.

Medios de comunicación

Este 10 de septiembre ha sido uno de los días más mediáticos de la historia del COFPV, con la repercusión social que eso supone para la fisioterapia. A continuación os detallamos todas las apariciones en medios de comunicación relacionadas con el evento:



Entrevista publicada en Berría



Anuncio publicado en Deia.



Anuncio publicado en El Correo - Álava.

06/09/11

Punto Radio, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Vizcaya

Radio Bilbao, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Vizcaya

Radio Euskadi, entrevista
Realiza: Roberto Romero
Ámbito: Vizcaya

Radio Vitoria, cuña
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

El Correo, agenda
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

Radio Donosti, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Guipúzcoa

07/09/11

El Correo, anuncio
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

Blog Aita Menni, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Cualquiera

08/09/11

RNE Vitoria, entrevista
Realiza: June Ruiz
Ámbito: Álava

Radio Vitoria, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Álava

Radio Vitoria, cuña
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

www.scribd.com, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Cualquiera

Web Col. Enfermería de Gipuzkoa, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Cualquiera

El Correo, agenda
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

El Correo, anuncio
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

Web del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

09/09/11

Deia, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

Web del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

El Correo, agenda
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

El Correo, anuncio
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

elcorreo.com, noticia
Realiza: COFPV
Ámbito: Cualquiera

Radio Vitoria, cuña
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

Agradecimientos

Destacar y agradecer la ayuda indispensable de la Asociación ASPACE Álava y agradecer de nuevo al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz el cese de la preciosa sala Martín de Salinas del Palacio Villa Suso de la capital alavesa.

En este día también hemos contado con el patrocinio de empresas privadas relacionadas o solidarizadas con la Parálisis Cerebral, como son:

Euskadi Irratia, entrevista
Realiza: Garikoitz A./ Xabat C.
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

10/09/11

Radio Euskadi, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

Radio Vitoria, entrevista
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Álava

El Correo, agenda
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

Bizkaia Irratia, entrevista
Realiza: Garikoitz A.
Ámbito: Bizkaia

Radio Vitoria, cuña
Realiza: COFPV
Ámbito: Álava

ETB2, entrevista
Realiza: Garikoitz A.
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

ETB1, entrevista
Realiza: Garikoitz A.
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

13/09/11

Berría, entrevista
Realiza: David A. del Palacio
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa

Deia, noticia
Realiza: Iban Arrien
Ámbito: Álava, Vizcaya y Guipúzcoa



EL CORREO

El Correo



Segurmec



Fisiocrem



Vertical



IMQ



Vista de la Sala Martín de Salinas del Palacio Villa Suso.

Esperamos que el próximo año también podamos reunir a un gran número de fisioterapeutas y profesionales sanitarios y porque no, superarnos en número.



Invacare



Ortopedia Bidari

No olvidemos que es nuestro día, donde nosotros somos los protagonistas. Nuestro objetivo debe ser común: que la situación y calidad del fisioterapeuta y de la fisioterapia sea inmejorable, por ello te invitamos a que formes parte de todos aquellos eventos que organiza el COFPV, porque están especialmente diseñados para ti.



ORTOPEdia ZAMAKONA

Ortopedia Zamakona



Radio Vitoria

Podéis encontrar más información en el apartado de Noticias de la web colegial: <http://www.cofpv.org/fisioterapeutas-noticias.asp>

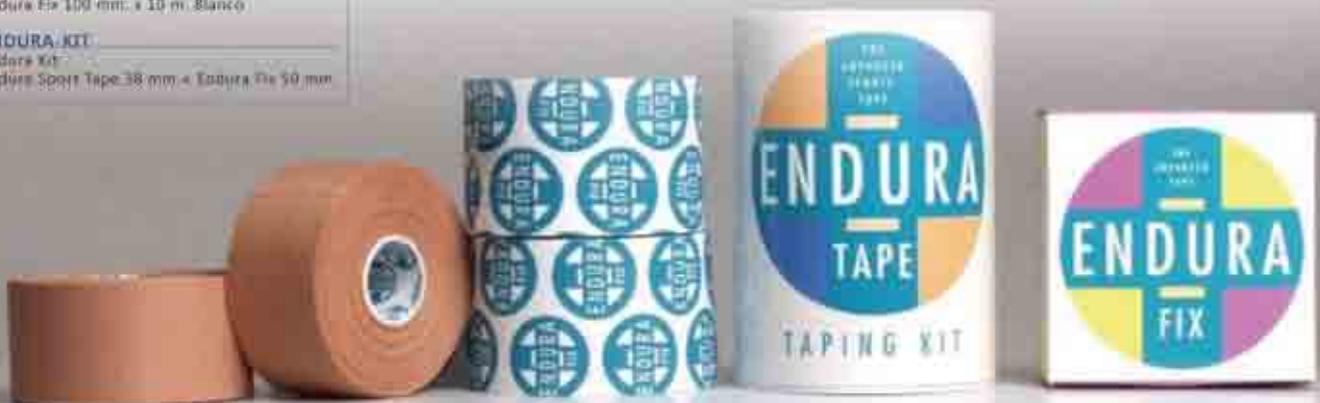
Consejo de Redacción



Endura Tape

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

SPORT-TAPE
Endura Sport Tape 25 mm. x 13,7 m. Beige
Endura Sport Tape 38 mm. x 13,7 m. Beige
Endura Sport Tape 50 mm. x 13,7 m. Beige
FIX-TAPE
Endura Fix 50 mm. x 10 m. Blanco
Endura Fix 100 mm. x 10 m. Blanco
ENDURA KIT
Endura Kit
Endura Sport Tape 38 mm. x Endura Fix 50 mm.



Para compra directa consulte con el distribuidor más cercano

BIOCORP
 IMPORTADOR OFICIAL PARA ESPAÑA

www.biocorp.es

Servicio de Préstamo Bibliotecario

Tras las diferentes solicitudes recibidas al respecto, la Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo ha puesto en marcha una nueva modalidad de préstamo a distancia en la biblioteca colegial, con el que gracias a un convenio con Correos, cualquier colegiado/a puede solicitar el préstamo de libros y/o material audiovisual para que sea remitido a su domicilio, sin tener que venir a la sede colegial. El material prestado, le será remitido a la oficina de Correos que más convenga o la más cercana a su domicilio.

Los libros se prestarán durante 15 días, tras este periodo y en el caso de que no sea solicitada su renovación, deberán ser depositados de nuevo en la oficina de Correos que se desee indicando la referencia correspondiente para que sean devueltos a la sede colegial.

La no devolución del material prestado tras 72 horas conllevará el bloqueo del servicio de préstamo para el colegiado. En el caso de pérdida, deterioro o no devolución de la/s obra/s transcurridos 10 días, el colegiado tendrá que asumir económicamente la restitución de la obra.

El coste de envío del préstamo será a cargo del colegiado, mientras que el coste de devolución será asumido por el COFPV. La tarifa de envío será de 4€ (IVA incluido) a cualquiera de las tres provincias vascas y/o limítrofes y este importe será cargado en la cuenta bancaria que el colegiado/a nos indique una vez el libro se encuentre de nuevo en la sede colegial.

Para más información, podéis consultar el apartado de Biblioteca de la web colegial: <http://www.cofpv.org/biblioteca.asp>

Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo

Nuevo convenio Hoteles Silken

Os informamos que recientemente el COFPV ha llegado a un acuerdo con la cadena de Hoteles Silken que establece que, cuando algún colegiado/a asista a algún curso organizado por el COFPV en alguna de las tres capitales vacas, podrá obtener precios exclusivos para el alojamiento del fin de semana. La promoción incluye el Hotel Silken Indautxu (Bilbao), el Hotel Amara (Donostia-San Sebastián) y el Hotel Ciudad de Vitoria (Vitoria-Gasteiz).

Además, podéis disfrutar de un descuento del 10% en la mejor tarifa disponible en todos los hoteles de la red nacional de la cadena Silken. Esta promoción está pensada tanto para aquellas personas que asisten a algún curso fuera del País Vasco, así como para vacaciones o escapadas que se quieran realizar a nivel particular.

El funcionamiento de las reservas es a través de un código de acceso, que se facilitará en el momento de la reserva y que debe introducirse en la página web de la cadena Silken creada exclusivamente para el Colegio:

(<http://cofpv.hoteles-silken.com>).

Para solicitar más información podéis contactar con la Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo del COFPV.

Consejo de Redacción

Carrera de montaña Ehunmilak

A mediados del mes de julio tuvo lugar en la provincia de Gipuzkoa, más concretamente entre las comarcas de Goierri, Tolosaldea, Urola-Kosta, y Urola-Garaia la segunda edición de la carrera de montaña en distancia de ultratrail Ehunmilak.

El servicio de fisioterapia solicitado por la organización del evento, estuvo situado en el Polideportivo de Beasain, donde acudieron 9 compañeros. Desde aquí queremos agradecer vuestro esfuerzo y colaboración.



Unai Benito Elustondo. Col. 1874
 Irantzu Telleria Aranburu. Col. 621
 Joseba Cabrejas Ugartondo. Col. 1629
 Nadet Egaña Fdez. de Arroyabe. Col. 1930
 Leyre Iglesias García. Col. 1885
 Gaizka Olaetxea Balerdi. Col. 1553
 Maitane Turrillas García. Col. 1765
 Fernando Lázaro Conde. Col. 230
 Edurne Andueza Zabaleta. Col. 363

A todos vosotros, muchas gracias.

Comisión de Comunicación, Publicidad y Protocolo

El Gobierno Vasco impulsa la Previsión Social Complementaria

El Gobierno del País Vasco ha aprobado el Proyecto de Ley de Entidades de Previsión Social Voluntaria (EPSV) en un intento de reforzar la transparencia, eficiencia, solvencia, innovación y profesionalidad de la gestión de las EPSV, según anunció el consejero de Economía y Hacienda, Carlos Aguirre.

En la actualidad las EPSV suman un total de aproximadamente 200 entidades en el país Vasco, con cerca de 1.300.000 asociados y más de 19.000 millones de euros de patrimonio.

La ley pretende generalizar estas prestaciones como complemento a las pensiones de jubilación a través del impulso a aquellas que estén ligadas al empleo y de la aprobación de límites a su capitalización. El proyecto de ley trata de reducir el rescate vía capitalización de los fondos que los particulares aporten a las EPSV y fomentar que se cobren en forma de rentas que complementen a la pensión pública de jubilación. Para ello se crean las nuevas figuras de los planes y entidades de previsión social preferentes, que se desarrollarán por vía de convenio o pacto en las empresas.

Previsión Sanitaria Nacional cuenta con una EPSV, PSN Aurrikuspena. A través de ella, PSN ha diseñado sus dos planes de previsión, entre los que se puede elegir el que mejor se adapte a sus necesidades: Osasunrenta Pensión, que está pensado para quienes buscan pocos riesgos y gran estabilidad (con al menos un 75% en Renta Fija) y Osasunbolsa Pensión, dirigido a quienes buscan una mayor rentabilidad a largo plazo (hasta el 100% en Renta Variable).

Precisamente ahora que el fin de año está cerca es el momento idóneo para realizar aportaciones a este tipo de herramientas de previsión social, ya que ello nos ayudará a reducir la factura fiscal en la cita anual con Hacienda. Además de las EPSV, otro de los instrumentos que también es un complemento perfecto a la jubilación y que cuenta con interesantes beneficios fiscales son los planes de previsión asegurados (PPA). En este sentido, los profesionales del País Vasco pueden acceder a PSN Rentabilidad Creciente, un seguro con el que ahorrar pensando en la jubilación y no asumir riesgos es todo uno. En este caso la rentabilidad y las aportaciones están 100% garantizadas. El interés garantizado de PSN Rentabilidad Creciente se ve además incrementado por la participación en los beneficios de PSN.

PSN Madrid

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADO



Cursos dirigidos exclusivamente a Fisioterapeutas y Estudiantes de Fisioterapia



Euskadi 11-12 - Donostia

Fibrosis Instrumental Miofascial (GANCHOS)

VENDAJE NEUROMUSCULAR (KINESIOTAPING)

Tratamiento de los Puntos Gatillo (Trigger Point)

TERAPIA MANUAL VISCERAL

Kinesiología para Fisioterapeutas

FISIOTERAPIA EN LAS ARTES ESCENICAS

Curso de Método Perletti

CURSO DE REFLEXOLOGIA PODAL

Curso de Auriculoterapia para Fisioterapeutas

Consulta nuestros Cursos ONLINE

Tel: 93.460.50.46

Fax: 93.460.50.48

www.fisioformacion.com

info@fisioformacion.com

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

Campañías de la Comisión de Intrusismo Profesional

Recientemente la Comisión de Intrusismo del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco ha llevado a cabo unas importantes campañas en los medios de comunicación. A continuación os presentamos algunas de ellas.

PUBLIRREPORTAJE

“La libertad de enseñanza no puede ser cuna del intrusismo profesional”

Roberto Romero Soto, Secretario del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco -COFPV- y responsable de la Comisión de Intrusismo

Sr. Romero, ¿qué es y cómo se regula el Intrusismo Profesional?

El Intrusismo Profesional es un delito tipificado en el Código Penal. Si bien existen cuatro situaciones de gravedad creciente, podríamos resumir que su concepto básico es el ejercicio de actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en el territorio español.

¿Cómo se expresa este delito en el ámbito sanitario?

El Intrusismo profesional sanitario nos ofrece unas connotaciones muy especiales y extremadamente graves. La regulación del Intrusismo persigue principalmente la salvaguarda de las competencias profesionales pero, en el marco de las profesiones sanitarias como la de fisioterapeuta, son además la seguridad y la protección de la salud las que se ven afectadas, ya que el ciudadano tiene derecho a ser atendido por personal con una formación y cualificación determinada. Se trata, sin género de dudas, de una verdadera **lacra que pone en riesgo la salud de los ciudadanos.**

¿Está hablando por tanto del abordaje de problemas de Salud sin la titulación académica necesaria?

Efectivamente, y aún iríamos más allá: según se desprende de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la mera presencia o presunta presencia de una patología, enfermedad o lesión ha de abordarse desde el ámbito de las profesiones sanitarias. En caso contrario, incurriríamos en un delito de Intrusismo Profesional.

Bajo su punto de vista, ¿se trata de un delito marginal o de menor importancia?

No, ni muchísimo menos. Basta con compartir vivencias con los afectados y afectadas por espacio de diez minutos para conocer las verdaderas dimensiones y la gravedad del problema: narran dramas impresionantes. El pasado 10 de septiembre, por ejemplo, se celebró en A Coruña la I Jornada de lucha contra el Intrusismo Sanitario, donde representantes institucionales de las principales profesiones sanitarias, representantes de la Administración Pública -Consejería de Sanidad, Alta Inspección Sanitaria, Secretaría del Ministerio de Justicia, Fiscalía General del Estado-, académicos, asesores jurídicos y, por supuesto, víctimas del Intrusismo sanitario, pudimos abordar este grave problema de forma global, compartir nuestras experiencias e inquietudes y proyectar y unificar criterios de actuación que permitan la erradicación total de este grave problema que pone en jaque al derecho



Roberto Romero Soto, Secretario del COFPV.

a la protección de la Salud y a la protección de los marcos competenciales. En este sentido, les invito a leer y participar en el blog de la Asociación de Afectados de Intrusismo Médico Sanitario:

-<http://radiografiadeunapasadilla.blogspot.com/>

El Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco ha calificado en muchas ocasiones a este problema como "lacra de la Fisioterapia". ¿A qué cree Ud. que es debido esta mayor incidencia en este ámbito sanitario?

Como ya he señalado, el Intrusismo Profesional afecta desgraciadamente a muchos otros ámbitos sanitarios, aunque sí es cierto que a los profesionales de la Fisioterapia nos acusa de manera muy agresiva.

Desde el COFPV, son dos las causas principales que identificamos: en primer lugar, el papel de las Administraciones involucradas - déficits de políticas de salvaguarda de las competencias de cada profesión sanitaria, epígrafes de Hacienda sobre actividades económicas con denominaciones que ofrecen dudas, ausencia de controles de actividad sobre establecimientos no sanitarios, ausencia de programas de prevención en Salud más allá de las vacunaciones contra la gripe - y, por otro lado, la presencia y difusión de ofertas formativas en materias que son propias de la Fisioterapia -Quiromasaje, Quiropraxia, Osteopatía, Electroterapia...

Si bien la primera es común al resto de las profesiones sanitarias, la segunda acusa y agrede

de manera especial el marco competencial de la Fisioterapia.

¿Hablamos por tanto de una actividad formativa ilegal?

No, no nos equivoquemos. La "Libertad de enseñanza" es un derecho fundamental, recogido incluso en la Constitución española. Éste es el argumento principal en el que se sostiene toda esta oferta formativa y la existencia de Academias de Masajes, Terapias Alternativas, Complementarias y cuantas denominaciones conozcamos o estén por llegar.

Lo indiscutiblemente ilegal sería el invitar o el afirmar que estos cursos son capacitantes, es decir, que en posesión de estas titulaciones no oficiales se pueda trabajar a posteriori aplicando estas técnicas para tratar patologías. Unas técnicas, que vuelvo a insistir, **son competencia exclusiva de las disciplinas Sanitarias**, y en muchas ocasiones, exclusivas de la Fisioterapia.

Por poner un ejemplo, yo mismo podría impartir o recibir cursos en "Derecho Penal" y ofrecer u obtener un título no oficial a su finalización, pero lo que nunca podría decir y debería constar en el Diploma final, sería que ese curso habilitara profesionalmente para ejercer como profesional del Derecho ante un Tribunal o un Gabinete Jurídico. La diferencia estriba en que nos resultaría muy difícil encontrar una oferta de cursos en Derecho Penal y, sin embargo, nos vemos invadidos por cursos en Masaje

Terapéutico, Drenaje Linfático Manual, Osteopatía...

Es nuestra responsabilidad exigir una escrupulosa vigilancia en este tipo de oferta formativa, denunciar la publicidad engañosa que muchas de ellas difunden con temeridad. El uso de leyendas inciertas e interesadas por su ambigüedad -"un acceso al mundo laboral", "prácticas en el ámbito sanitario junto a otros profesionales", "pon en marcha tu futuro"...- a fin de dar a entender al futuro alumno un falso carácter profesionalizante del título o una relación vinculante con Instituciones o Administraciones que le doten de "una mayor oficialidad" debe ser corregido por los organismos correspondientes. Por si todo ésto fuera poco, en ocasiones, a nivel internacional existe esa profesión de forma independiente con esa denominación -ej. Osteópata, Quiropráctico,...- pero eso es fruto del desarrollo propio de cada País y, en este Estado, no es trasladable sin la debida homologación por parte del Ministerio correspondiente (Sanidad o Educación dependiendo de los casos). Les convenga o no a colectivos interesados, por respeto y cuidado de la Salud del ciudadano y por respeto a los distintos marcos competenciales de las profesiones sanitarias, debemos acatar la regulación específica. En suma, actuar así es desviar la discusión: mencionar que en Bélgica o en Francia existe tal o cual profesión persigue un claro objetivo: distraer la atención en el caso de futuros alumnos y alumnas sobre lo verdaderamente importante.

Los libros se muestran abiertos a toda aquella persona que quiera leerlos pero ello no concede habilitación alguna para el desempeño de una profesión. **La Libertad de enseñanza no puede ser cuna del intrusismo profesional.**

¿Qué mensaje podemos lanzar a las personas que estén pensando en matricularse en estas Academias y Centros de Enseñanza para "forjar su futuro en la Terapia Manual"?

El mensaje es claro: los títulos no oficiales no habilitan ni conceden competencias para el desarrollo y la actividad profesional con fines terapéuticos. El consumidor debe **leer detenidamente la letra pequeña de las ofertas** y consultar sobre el significado exacto de la misma y sobre a quién deberían **exigir responsabilidades** en el centro en caso de no ser cierta.

Así pues, en ausencia de titulación sanitaria oficial competente, si la empresas le ofrecen "formación" en conceptos, métodos o técnicas con fines terapéuticos y lo vinculan directamente con su futuro profesional, es decir, se lo presentan con carácter profesionalizante, ha de saber que está en su derecho de denunciar la presunta estafa ante las autoridades competentes.

No dude en que en el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco encontrará nuestro asesoramiento y nuestra colaboración.

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco. Tfno.: 944 02 01 55. C/ Rafaela Ibarra, 8. BILBAO

Entrevista publicada el pasado lunes 3 de octubre en el periódico Qué!Nervión que se distribuye gratuitamente en Bilbao y alrededores, y el domingo 2 de octubre en la edición general de El Correo y El Diario Vasco.



El CGCFE ofrece un Portal de Empleo para nuevos titulados

Orientación Laboral



El portal incorpora herramientas para la elaboración de currículums, así como información sobre las condiciones de acceso al mercado laboral en otros países de la UE y extra comunitarios.

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ofrece a los nuevos titulados un portal de empleo con herramientas necesarias para su acceso al mercado laboral.

El Portal de Empleo del CGCFE cumple su segundo año de actividad, como un servicio complementario para que los nuevos titulados puedan incorporarse al mercado laboral, confirmando así el compromiso de esta institución con los nuevos profesionales.

El Consejo considera que lograr el primer empleo es una tarea que requiere el apoyo de instituciones profesionales. Por ello, el Portal de Empleo del CGCFE ofrece al titulado/a pautas para la elaboración de currículums o preparación de una entrevista de trabajo, así como una completa información sobre las condiciones de acceso al mercado laboral en otros países de la UE y extra-comunitarios, donde se ha detectado una elevada demanda de titulados.

Además, este portal incluye un servicio de asesoramiento especializado, para que los usuarios puedan remitir sus peticiones, dudas y sugerencias sobre orientación laboral a través de correo electrónico y enlaces a otras páginas web de organismos e instituciones de utilidad en la búsqueda de empleo.

Según señala el Consejo, la Fisioterapia no escapa a las medidas restrictivas en generación de empleo que la coyuntura económica depara, arrastrando una tasa de desempleo algo menor que la media nacional, pero "ciertamente preocupante".

Asimismo, el CGCFE considera que es necesario reflexionar sobre la excesiva proliferación de centros universitarios que ofertan el Grado en Fisioterapia y la necesidad de limitar el número de centros y alumnos, pues el mercado actual no absorbe la enorme cantidad de nuevos titulados que anualmente finalizan sus estudios.

Los usuarios interesados se pueden dirigir al siguiente enlace web para acceder a todos los servicios que ofrece el Portal de Empleo del CGCFE: www.orientacionlaboral.consejo-fisioterapia.org

Consejo de Redacción



TEMTEX KINESIOLOGY TAPE

La venda neuromuscular más equilibrada del mercado

La **Elasticidad** es una de las Características MAS importantes del Tape Neuromuscular. Teniendo en cuenta la Elasticidad de la Piel y Recomendaciones de Expertos en Vendaje Neuromuscular, se considera como ideal que la Elasticidad de la Venda sea del 150% - 160%.

TEMTEX, producto sanitario Clase I

Según un estudio realizado por AITEX, donde se han incluido las principales marcas internacionales de Vendaje Neuromuscular, la **Elongación en el Punto de Máxima Adhesividad** está entre el 150-160% solamente en el tape de la marca TEMTEX.

ELONGACION MAXIMA SEGÚN CARGA INDIVIDUALIZADA EN LIMITE DE ADHESIVIDAD							
Muestra	1	3	4	5	6	7	
Elongación	132	152	126	189	190	202	192

El Instituto Tecnológico Textil AITEX, es un centro tecnológico dedicado a la investigación, que está acreditado como Laboratorio de Ensayos por la ENAC - Entidad Nacional de Acreditación.

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



IMPORTADOR OFICIAL PARA ESPAÑA

www.biocorp.es

Para venta directa consulte con el distribuidor más cercano en www.biocorp.es



Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
del País Vasco



Euskadiko
Fisioterapeuten
Elkargo Ofiziala

POSTGRADOS: en colaboración con el Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

REEDUCACIÓN POSTURAL: evaluación, diagnóstico y tratamiento

Director: Garikoitz Aristegui

Profesores:

 Garikoitz Aristegui Fisioterapeuta, Director del Postgrado de Reeducción Postural (País Vasco)	 Dr. Manuel Rigo Médico, Director del Institut Elena Salvá, Presidente de la SOSORT 2006-2008 y Co-Chair del Comité Educativo (Barcelona)
 Dr. Ángel Bidaurrezaga Médico, Profesor de la UPV/EHU, Departamento de Neurociencias (País Vasco)	 Dr. César Fernández de las Peñas Fisioterapeuta, especializado en Osteopatía, Profesor de la Univer. Rey Juan Carlos (Madrid)
 Dr. Luis Palomeque Fisioterapeuta, Especializado en Osteopatía, Profesor asociado de la Universidad Rey Juan Carlos y de la EOM (Madrid)	 Dr. Javier González Fisioterapeuta, Especializado en Osteopatía Senior - Instructor de la David G. Simons Academy, (Asturias)
 Dr. Jeb McAveney Masters of Chiropractic, Masters of Pain Medicine, Accredited SpineCor Provider (Australia)	 Natalia Wierzeszen Fisioterapeuta, especializada en Fisiología Respiratoria y Metodología de la Investigación (Argentina)
 Ion Laskurain Fisioterapeuta, Profesor de la Oxford Brookes University (Inglaterra)	 Montse Martínez Fisioterapeuta, especializada en Terapia Manual y Visceral (Toledo)
 Xabat Casado Fisioterapeuta, especializada en Terapia Manual y Neurodinámica (País Vasco)	 Marta Prieto Fisioterapeuta, especializada en Reeducción Postural Global (Asturias)

ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Director: Pedro Vergara

Profesores:

 Pedro Vergara Fisioterapeuta, Director del Postgrado de Fisioterapia Respiratoria, Prof. titular de la E.U. de Valencia (Valencia)	 Dr. John Bach Médico, Profesor en Medicina Física y Rehabilitación en UMDNJ New Jersey (EEUU)
 Dr. Miguel Gonçalves Fisioterapeuta, Doctor en Bio-Medicina, Profesor en la Universidad de Oporto (Portugal)	 Dr. Ángel Bidaurrezaga Médico, Profesor de la UPV/EHU, Departamento de Neurociencias (País Vasco)
 Dra. Amparo Escribano Médico, Especialista en Neumología Pediátrica, Prof. Titular de Pediatría de la Universidad de Valencia (Valencia)	 Dr. Jose Mª Quiroga Médico, Especialista en Medicina Intensiva (Valencia)
 Inés Vergara Fisioterapeuta, Profesora Titular de la Universidad Católica San Vicente (Valencia)	 Josu Ruiz de Velasco Fisioterapeuta, especializado en Fisiología Respiratoria (País Vasco)
 Natalia Wierzeszen Fisioterapeuta, especializada en Fisiología Respiratoria y Metodología de la Investigación (Argentina)	 Garikoitz Aristegui Fisioterapeuta, especializado en Reeducción Postural Global y Metodología de la Investigación (País Vasco)

OTROS CURSOS:

- Nutrición, inflamación y dolor crónico
- Tratamiento Integral de Tendinopatías
- Gestión en Fisioterapia
- Estimulación Basal

Más información:
www.cofpv.org
Tif. 944 020 155
email: cofpv@cofpv.org



Fotos de los Cursos del COFPV

CURSO DE REEDUCACIÓN CEREBROMOTRIZ



Profesor - Irakaslea: Michel R. Le Métayer
 Fechas - Datak:
 Septiembre - Iraila 12-13-14

CURSO DE TERAPIA MANUAL EN DISFUNCIONES VISCERALES ABDOMINOPÉLVICAS



Profesora - Irakaslea: Laura Gómez Ortega
 Fechas - Datak:
 Septiembre - Iraila 30
 Octubre - Urria 1-2



SabadellGorritio SabadellGorriena SabadellGorriberri SabadellGorribea



Convenio de Financiación de actividades formativas entre el COFPV y el Sabadell Guipuzcoano

El COFPV ha firmado recientemente un convenio de financiación de actividades formativas para sus colegiados con el Sabadell Guipuzcoano que nos ofrece unos préstamos a un interés muy bajo. Consultar convenio y condiciones.

Ejemplo de cuotas mensuales para financiación a 12 meses. Tipo de interés actual: 3,75% (julio 2011)	
Importe financiado Curso Fisioterapia Respiratoria	Cuota mensual Curso Fisioterapia Respiratoria
3.050€	259,36€
Ejemplo de cuotas mensuales para financiación a 12 meses. Tipo de interés actual: 3,75% (julio 2011)	
Importe financiado Curso Reeducción Postural	Cuota mensual Curso Reeducción Postural
2.135€	181,56€

Condiciones vigentes julio 2011, revisables de acuerdo con la evolución del mercado financiero.



CURSO DE INDUCCIÓN MIOFASCIAL NIVEL I



Profesor - Irakaslea:
Andrzej Pilat y equipo y
equipo docente TUPIMEK



Fechas - Datak:
Septiembre - Iraila 15-16-17-18
Enero 2012ko Urtarrila 27-28-29
Junio 2012ko Ekaina 15-16-17

CURSO DE PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES Y PUNCIÓN SECA



Profesores - Irakasleak: Javier González y Bárbara Torres. Equipo docente de César Fernández de las Peñas
Fechas - Datak: Septiembre - Iraila 9-10-11,
Octubre - Urria 7-8-9,
Noviembre - Azaroa 11-12-13



C/ Viuda de Epalza nº 9
48005 BILBAO (El Arenal)
Tel. 94 415 57 06
info@abueloactual.com
www.abueloactual.com



TODO PARA EL BIENESTAR DE LOS MAYORES

- ✓ Artículos de apoyo para la autonomía de los mayores
- ✓ Adaptación de viviendas y reformas de baños
- ✓ Artículos de rehabilitación
- ✓ Equipamiento para consultas

Visita nuestro blog:
www.abueloactual.net

Ortopedia
concertada
con osakidetza

Descuentos
especiales
para
colegiados



Investigación en Fisioterapia. ¿Una quimera?

La fisioterapia, como disciplina científica que pretende ser, está sometida para la consecución de sus avances al método científico. Si la fisioterapia aspira a consolidar y aumentar su grado de científicidad debe ser rigurosa en la aplicación de sus directrices. Sin embargo, nuestra profesión tiene una serie de dificultades que suponen un serio escollo para la aplicación del método científico. Entre ellas, podríamos nombrar la difícil reproducibilidad, la multiplicidad de protocolos o la difícil mensurabilidad de los actos que realizamos.

A pesar de todo, a estos obstáculos debemos añadir una que se superpone al resto; la escasísima cultura investigadora que presenta nuestra profesión. No sólo a nivel de los estudios primarios que se realizan sobre los pacientes, sino sobre las disponibles fuentes de información secundaria (Pubmed, Cochrane, PEDro, Database, etc.) que son ignoradas en demasiadas ocasiones.

Si partimos del hecho de que la Fisioterapia se considera una disciplina científica que aspira a aplicar el método científico como fuente válida de conocimiento, resulta desconcertante y llamativo la falta de formación e interés en la metodología de la investigación.

Mientras decidimos formarnos en todo tipo de cursos y postgrados sobre técnicas novedosas o antiguas, no se nos ha inculcado la cultura de la crítica constructiva, con la que podríamos valorar la verdadera validez de las intervenciones que se nos proponen. Si fuera de otra manera no serían tan exitosas otras ofertas formativas, cuyo contenido es de más que de dudosa calidad científica. Lo mismo ocurre con ciertas técnicas que utilizamos a diario los fisioterapeutas, que no presentan la suficiente evidencia para el respaldo de las mismas. El siguiente podría ser un ejemplo, entre otros muchos:

Therapeutic ultrasound for acute ankle sprains

Van der Windt DAWM, Van der Heijden GJMG, Van den Berg SGM, Ter Riet G, De Winter AF, Bouter LM

This review should be cited as: Van der Windt DAWM, Van der Heijden GJMG, Van den Berg SGM, Ter Riet G, De Winter AF, Bouter LM. Therapeutic ultrasound for acute ankle sprains (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

A substantive amendment to this systematic review was last made on 28 November 2001. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Abstract

Background: Ultrasound is used in the treatment of a wide variety of musculoskeletal disorders.

Objective: To evaluate the effects of ultrasound therapy in the treatment of acute ankle sprains.

Search strategy: We searched the Cochrane Musculoskeletal Injuries Group Specialised Register (July 2004), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library Issue 2, 2004), MEDLINE (1966 to July 2004), EMBASE (1963 to July 2004), CINAHL (1982 to July 2004), and PEDro - the Physiotherapy Evidence Database (<http://ptwww.cochs.usyd.edu.au/pedro/>) (accessed 17/09/04). We also searched the Cochrane Rehabilitation and Related Therapies Field database, reference lists of articles, and contacted colleagues.

Selection criteria: Randomised trials were included if the following conditions were met: at least one study group was treated with active ultrasound; participants had acute lateral ankle sprains; and outcome measures included general improvement, pain, swelling, functional disability, or range of motion. Final selection of papers was conducted by two authors independently.

Data collection and analysis: Two authors independently assessed quality using a standardised checklist and extracted data. Relative risks together with 95 per cent confidence intervals were calculated for dichotomous outcomes and weighted or, where different scales were used, standardised mean differences together with 95 per cent confidence intervals for continuous outcome measures. Pooling of data was undertaken where there was clinical homogeneity in terms of participants, treatments, outcomes, and follow-up time points.

Main results: Five trials were included, involving 572 participants. Four of these trials were of modest methodological quality and one placebo-controlled trial was considered to be of good quality. None of the four placebo-controlled trials (sham ultrasound) demonstrated statistically significant differences between true and sham ultrasound therapy for any outcome measure at seven to 14 days of follow up. The pooled relative risk for general improvement was 1.04 (random-effects model, 95% confidence interval 0.92 to 1.17) for active versus sham ultrasound. The differences between intervention groups were generally small, between zero and six per cent for most dichotomous outcomes. However, one trial reported relatively large differences for pain-free status (20%) and swelling (25%) in favour of ultrasound.

Reviewers' conclusions: The extent and quality of the available evidence for the effects of ultrasound therapy for acute ankle sprains is limited. The results of four placebo-controlled trials do not support the use of ultrasound in the treatment of ankle sprains. The magnitude of treatment effects are generally small and of limited clinical importance. As yet, only few trials are available and no conclusions can be made regarding any optimal dosage schedule for ultrasound therapy, and

¿Sabías que una reciente revisión Cochrane (1), junio del 2011, no recomienda el uso del ultrasonidos en las entorsis de tobillo? Esta revisión es una actualización de otra del 2002 donde ya se había publicado con los mismos resultados.

¿Conocías que en el estudio fueron incluidos más de 600 pacientes y que el ultrasonido no demostró diferencias estadísticamente significativas en comparación con el placebo?

¿Sin diferencia con el placebo?

¿Cuántas veces hemos aplicado el ultrasonido en un esguince de tobillo?

¿Con que objetivo?

AUTHORS' CONCLUSIONS:

The evidence from the five small placebo-controlled trials included in this review does not support the use of ultrasound in the treatment of acute ankle sprains. The potential treatment effects of ultrasound appear to be generally small and of probably of limited clinical importance, especially in the context of the usually short-term recovery period for these injuries. However, the available evidence is insufficient to rule out the possibility that there is an optimal dosage schedule for ultrasound therapy that may be of benefit.

Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15 (6):CD001250.

No obstante, en la Canadian Medical Association or its licensors, en el año 2002, se publicó un estudio (2) con la mayor evidencia posible (gold standard) para respaldar el uso del ultrasonidos de baja intensidad en la consolidación de las fracturas.

The effect of low-intensity pulsed ultrasound therapy on time to fracture healing: a meta-analysis

Jason W. Busse,[†] Mohit Bhandari,[‡] Abhaya V. Kulkarni,[§] Eldon Tunks^{§*}

Abstract

Background: The effect of low-intensity ultrasonography on fracture healing is controversial, and current management of fractures does not generally involve the use of ultrasound therapy. We describe a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of low-intensity pulsed ultrasound therapy for healing of fractures.

Methods: We searched 5 electronic databases (MEDLINE, EMBASE, Cochrane Database of Randomised Clinical Trials, HealthSTAR and CINAHL) for trials of ultrasonography and fracture healing, in any language, published from 1966 to December 2000. In addition, selected journals published from 1966 to December 2000 were searched by hand for relevant articles, and attempts were made to contact content experts in the area of ultrasound therapy and fracture healing as well as primary authors of reviewed trials. Trials selected for review met the following criteria: random allocation of treatments; inclusion of skeletally mature patients of either sex with 1 or more fractures; blinding of both the patient and the assessor(s) as to fracture healing; administration of low-intensity pulsed ultrasound treatments to at least 1 of the treatment groups; and assessment of time to fracture healing, as determined radiographically by bridging of 3 or 4 cortices. Two reviewers independently applied selection criteria to blinded articles, and selected articles were scored for methodologic quality. The internal validity of each trial was assessed with the use of a 5-point scale that evaluates the quality of trial method on the basis of description and appropriateness of randomization and double-blinding, and assessment of study withdrawals and likelihood of bias.

Results: We identified 138 potentially eligible studies, of which 6 met our inclusion criteria. Agreement beyond chance of quality assessments of the 6 trials was good (intraclass correlation coefficient 0.77, $p = 0.03$). One trial was a repeat analysis of previously reported data, and 2 trials appeared to report on a shared group of subjects. Three trials, representing 158 fractures, were of sufficient homogeneity for pooling. The pooled results showed that time to fracture healing was significantly shorter in the groups receiving low-intensity ultrasound therapy than in the control groups. The weighted average effect size was 6.41 (95% confidence interval 1.01–11.81), which converts to a mean difference in healing time of 64 days between the treatment and control groups.

Interpretation: There is evidence from randomized trials that low-intensity pulsed ultrasound treatment may significantly reduce the time to fracture healing for fractures treated nonoperatively. There does not appear to be any additional benefit to ultrasound treatment following intramedullary nailing with prior reaming. Larger trials are needed to resolve this issue.

Of the estimated 5.6 million fractures that occur annually in the United States, 5% to 10% demonstrate delayed healing or nonunion. In an effort to reduce the substantial associated disability and socioeconomic costs, a variety of interventions have been proposed, including the use of low-intensity pulsed ultrasonography.¹⁻⁴

Research

Recherche

From *the Oncidium Health Group Inc., Burlington, Ont.; the Departments of †Clinical Epidemiology and Biostatistics, ‡Orthopaedics and §Psychiatry, McMaster University, Hamilton, Ont.; ¶the Department of Surgery, Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto, Ont.; and **the Chedoke Rehabilitation Centre, Chedoke-McMaster Hospital, Hamilton, Ont.

This article has been peer reviewed.
CMAJ 2002;166(6):837-41



Pero, ¿en la facultad no me dijeron que el ultrasonido en las fracturas no se debía aplicar?

¿Sabías que en este estudio estiman que hubo una diferencia de 64 días en la consolidación de las fracturas entre el grupo control y los pacientes que recibieron el ultrasonidos de baja intensidad?

Conclusions: *There is evidence from randomized trials that low intensity pulsed ultrasound treatment may significantly reduce the time to fracture healing for fractures treated nonoperatively. There does not appear to be any additional benefit to ultrasound treatment following intramedullary nailing with prior ream ing.*

CMAJ • FEB. 19, 2002; 166 (4) © 2002 Canadian Medical Association or its licensors

Recapitemos durante un instante. Sin lugar a dudas, son estudios que merecen una reflexión y autocrítica.



Debemos abandonar el dogmatismo habitual y centrarnos en que la visión científica y el conocimiento de su metodología van unidos con una práctica clínica de calidad. Dejar de lado las técnicas que no muestran la suficiente evidencia y dar valor a aquellas que sí parecen tenerla. En el contexto de las Ciencias de la Salud, se hace indispensable contar con la validez científica para adquirir reconocimiento, respeto y prestigio. No sólo en el ámbito médico y las profesiones sanitarias en las cuales se presupone, sino para ser reconocidos y respetados socialmente.

Nos encontramos ante una herramienta tan valiosa que no podemos ignorar. Es por ello que queremos animar y estimular la divulgación de la investigación con todos vosotros. Creemos que es esencial en los tiempos que corren. Para ello, desde la comisión de Formación, Docencia e Investigación volveremos a repetir las formaciones de Metodología de la Investigación Científica (MIC) durante el año 2012 en formatos muy asequibles y subvencionados prácticamente en su totalidad.



Asimismo nos gustaría daros a conocer un nuevo proyecto que tenemos entre manos. Consideramos que es necesaria la introducción en la lectura crítica de artículos de la literatura científica que nos ayudará a interpretarlos y conocer su significado real. Es por ello, que estamos elaborando la remisión de varios artículos a todos aquellos que estéis interesados en

indagar en la correcta lectura e interpretación de las mismas. Los artículos irán acompañados de diferentes preguntas para que se pueda profundizar más en su contenido, estructura y base metodológica.

Por último, desde la Comisión de FDI os queremos abrir las puertas a todas las personas que estéis interesadas en MIC y que queráis participar en el equipo de investigación, a poneros en contacto con la comisión en fdi@cofpv.org. De la misma forma, agradecer vuestra confianza y recordaros que estaremos encantados de atender cualquier petición, sugerencia o crítica que pueda surgir.

1.- Van der Windt DAWM et al. Therapeutic ultrasound for acute ankle sprains. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6).

2.- Busse et al. The effect of low-intensity pulsed ultrasound therapy on time to fracture healing: a meta-analysis. CMAJ • FEB. 19, 2002; 166 (4)

Comisión de FDI del COFPV

PUBLICIDAD - CONGRESO DE INVESTIGACIÓN

I CONGRESO INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA E INVESTIGACIÓN

Reconocido de INTERÉS SANITARIO por el: MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
 Acreditado por:
 Universidad de Granada. 1,5 créditos de libre configuración
 Universidad de Jaén. 0,5 créditos ECTS
 Universidad de Sevilla. 3 créditos de libre configuración



Aplicación de Pruebas Diagnósticas en la Rodilla

Estíbaliz Gómez Gorostiola. Fisioterapeuta Col. 1376

La rodilla es la articulación intermedia de la extremidad inferior formada, en realidad, por dos articulaciones, la femorotibial y la femororrotuliana, siendo la primera de ellas el componente portador del peso y la segunda, un reductor de la fricción del tendón del cuádriceps sobre los cóndilos femorales que actúa como polea anatómica excéntrica.

Es la articulación más grande y compleja del cuerpo humano. Esta articulación se dispone entre los dos huesos tubulares más largos del cuerpo, el fémur y la tibia, situación que destaca la considerable fuerza de palanca que debe soportar.

Sus superficies articulares no son muy congruentes y su gama de movimientos es grande, por lo que la estabilidad de la rodilla depende, en gran parte, de fuertes ligamentos circundantes y de potentes músculos que mantienen unidos a los huesos.

Es esencial para actividades del día a día, como estar en posición erguida, marchar y subir escaleras y también es importante en deportes que impliquen correr, saltar, chutar o cambiar de direcciones. Para desarrollar estas actividades, la articulación debe ser móvil, sin embargo, esta movilidad y el hecho de ser inestable durante la flexión, la hace susceptible a lesiones tanto meniscales como ligamentosas, siendo el esguince ligamentoso una de las lesiones más comunes que podemos encontrar en ella. No obstante, las fracturas de las superficies articulares y las roturas de los ligamentos son más probables durante las lesiones en extensión. Por otro lado, no está bien protegida por grasa o masa muscular, lo que la hace relativamente sensible a los traumatismos.

A pesar de la aparición de nuevas técnicas como la ecografía, TAC o RMN, que son de ayuda en muchas ocasiones para establecer diagnósticos exactos más rápidamente, la anamnesis y la exploración física continúan constituyendo la base y el punto de partida para la realización del diagnóstico y el inicio del tratamiento. Existen gran variedad de métodos estandarizados, denominados "pruebas", que pueden ayudar a valorar el trastorno funcional del sistema esquelético.

A continuación he intentado recopilar y describir unas de las pruebas que más comúnmente utilizamos los fisioterapeutas en el caso de la rodilla:

Prueba de la rótula bailarina (1): Con el paciente en decúbito supino o bipedestación, presionamos con una mano desde arriba hacia caudal del saco suprarrotuliano y con la otra, la rótula contra el fémur, moviéndola en dirección lateral o medial con una ligera presión. La resistencia elástica (rótula bailarina) es un signo patológico de derrame articular.



(1). Prueba de la rótula bailarina.



(2). Prueba de desplazamiento de la rótula.

Prueba de desplazamiento de la rótula (2): Con el paciente en decúbito supino sujetaremos con los dedos pulgar e índice de ambas manos las mitades superior e inferior de la

rótula. Para producir un movimiento lateral, ambos pulgares desplazan la rótula por encima del cóndilo lateral del fémur. Para efectuar un movimiento medial, ambos dedos índices desplazan la rótula en sentido opuesto. Si sospechamos de un aumento en el desplazamiento lateral, se efectúa la misma prueba tensionando el cuádriceps para comprobar la estabilidad. El aumento en el desplazamiento medial o lateral de la rótula, por encima de lo fisiológico, sugiere una laxitud ligamentosa, subluxación de la rótula o una tendencia a la luxación. La presencia de crepitación indica condropatía o artrosis retrorrotuliana.

Por otro lado, un desplazamiento caudal limitado de la rótula indica un acortamiento del recto femoral o una evasión de la rótula.

Signo de Zohlen (3): Paciente en decúbito supino con las piernas en extensión. Presionamos la rótula desde la parte proximal medial y lateral con el dedo pulgar y pedimos al paciente que efectúe una nueva extensión de la pierna para que tense el cuádriceps. Si aparece dolor retrorrotuliano y/o pararrotuliano, indica alteración del cartílago retrorrotuliano. Es positiva en gran parte de los individuos, pero si es negativa, es poco probable que los cartílagos estén lesionados.



(3). Signo de Zohlen.



(4). Prueba de McConnell.

Prueba de aprehensión según Fairbank: Con el paciente en decúbito supino, la rodilla extendida y la musculatura del muslo en tensión, intentamos simular una luxación en la que presionamos lateralmente la rótula con ambos pulgares. Le pedimos entonces que flexione la rodilla. Si ha tenido lugar una luxación de la rótula aparece dolor intenso y miedo a sufrir una nueva luxación tanto en extensión como en flexión.

Prueba de McConnell (4): Sirve para detectar artrosis retrorrotuliana. El paciente se encuentra en sedestación en la camilla y deja las piernas colgando. Presionamos la rótula con ambos pulgares, desde la parte lateral hasta la medial.

Prueba de Dreyer: Con el paciente en decúbito supino, le pedimos que levante la pierna extendida. Si no es capaz de hacerlo, estabilizaremos con ambas manos el tendón del cuádriceps proximalmente a la rótula y le pediremos de nuevo que levante la pierna. Si es capaz de levantar la pierna en el segundo intento se debe sospechar un desgarro del tendón del cuádriceps.

Prueba de tracción y presión de Apley (Grinding-test) (5): Se realiza con el paciente en decúbito prono y la rodilla flexionada 90°. Fijamos su muslo con nuestra rodilla mientras efectuamos una rotación de la rodilla del paciente primero traccionándola y después presionándola. También puede realizar estas maniobras aplicándoles presión. La aparición de

Sistema de eficacia probada para acelerar la curación y reducir el dolor.

— Los **estudios clínicos** demuestran que INDIBA® **activ** ProRecovery:

- **Acelera la recuperación** ^(1,5,6)
- **Mejora trastornos crónicos** ^(1,2,7,8,9,11)
- **Reduce el dolor desde las primeras aplicaciones** ^(1,2,3,6,7,8,9,10,11)
- **Facilita la rehabilitación del tejido blando y duro**
- **Es una técnica inocua y segura** ^(4,9,10)

INDIBA® **activ ProRecovery lidera un ambicioso programa de estudios en el ámbito de la patología musculoesquelética*

— + de **100 referencias bibliográficas** y estudios avalan la eficacia y seguridad de INDIBA® **activ** ProRecovery:

- **155** Citas Bibliográficas
- **96** Artículos científicos publicados
- **70** Ensayos clínicos concluidos/series abiertas
- **9** Referencias de libro/capítulos de libros
- **14** Ensayo clínicos previstos o en curso
- **5** Tesis doctorales concluidas
- **1** Tesis doctoral en proyecto
- **3** Proyectos fin de carrera concluidos
- **2** Masters Post Grado concluidos/en curso



La integración de la terapia manual y la tecnología más innovadora.

DISTINCIONES Y PREMIOS

Durante sus 28 años de historia, INDIBA® **activ** ProRecovery ha recibido múltiples reconocimientos y ha sido galardonada en certámenes de ámbito nacional e internacional.

- Medalla de oro en la Feria Internacional de Inventos de Ginebra.
- Medalla de plata en la Feria de Inventos Eureka de Bruselas.
- Medalla de oro en la Feria Internacional Inventalia en Madrid.
- Primer premio para la PYME más competitiva durante tres años consecutivos.

Visita www.indibaactiv.com e infórmate sobre nuestros seminarios

Sólo para profesionales sanitarios.

INDIBA S.A.

Jesús Serra Santamans 3, Bajos izqda.

08174 Sant Cugat del Vallés | Barcelona - SPAIN

Tel: +34 902 11 22 31 | Fax: +34 93 231 38 75

infospain@indibaactiv.com | www.indibaactiv.com

Colaborador médico de



dolor en la rodilla flexionada durante la rotación con tracción indica una alteración de la cápsula y sus ligamentos; cuando aparece ejerciendo una presión indica una lesión meniscal.

Prueba de McMurray (6): Una de las pruebas más utilizadas para la evaluación del menisco junto con la de Apley. Partimos con el paciente en decúbito supino. La rodilla y cadera estarán flexionadas todo lo que sea posible y el pie y la tibia bien girados hacia el exterior (para evaluar el menisco medial) o hacia el interior (para el menisco lateral). A continuación se desplaza la rodilla desde la posición de flexión máxima hasta la extensión. El hallazgo clásico es un chasquido doloroso en la articulación que el médico puede palpar u oír, aunque en algunos casos, simplemente aparece un dolor intenso en la articulación.



(5). Prueba de Apley.



(6). Prueba de McMurray.



(7). Prueba de Bragard.



(8). Signo de Payr.

Prueba de Bragard (7): El paciente se encuentra en decúbito supino. Con una mano sujetamos la rodilla flexionada 90°. Con el pulgar y el índice palpamos la cara lateral y medial de la articulación, respectivamente, y con la otra mano sujetamos el pie y guiamos la rotación de la pierna. La presencia de dolor en la interlínea articular es indicativa de una lesión de menisco. Si existe alteración del menisco interno, el dolor en la interlínea articular interna se acentuará cuando se lleve a cabo la rotación externa y una extensión de la rodilla. El diagnóstico es más exacto si el dolor a la presión durante los movimientos de la articulación es fluctuante.

Signo de Payr (8): El paciente se encuentra en sedestación y con las piernas cruzadas. Se efectúa una presión intermitente sobre la rodilla afecta (en flexión y en rotación externa). La presencia de dolor en la interlínea articular medial sugiere un trastorno del menisco (principalmente una lesión del cuerno posterior). Ocasionalmente se puede observar un resalte o chasquido articular espontáneo.

Prueba de Payr: Con el paciente en decúbito supino, fijamos con la mano izquierda la rodilla y con los dedos pulgar e índice palpamos las caras lateral y medial de la articulación, respectivamente. Con la otra mano fijamos la articulación del tobillo. Con la rodilla en flexión máxima llevamos a cabo una rotación externa de la pierna lo más acentuada posible y posteriormente una ligera aducción. La presencia de dolor en la interlínea articular dorsal indica un trastorno del menisco interno (cuerno posterior). Asimismo, es posible explorar el cuerno posterior del menisco externo mediante una rotación interna y una abducción de la pierna.

Signo de Steinman I (9): Con el paciente en decúbito supino fijamos con la mano izquierda la rodilla flexionada y con la

derecha sujetamos la pierna y efectuamos movimientos giratorios forzados y rápidos de ésta, hacia fuera y hacia dentro. La presencia de dolor en la interlínea articular interna durante una rotación externa súbita sugiere un trastorno del menisco interno. Si es en la interlínea articular externa durante la rotación interna, indicará alteración del menisco externo.

Signo de Steinman II: Con el paciente en decúbito supino sujetamos con la mano izquierda la rodilla mientras palpamos la interlínea articular. Con la mano derecha sujetaremos la pierna por encima de la horquilla maleolar, llevando a cabo una rotación externa e interna de la pierna con el muslo fijo y, con una ligera inclinación, la flexionamos y extendemos en dirección axial. La presencia de dolor en la interlínea articular interna o externa indicará lesión del menisco.



(9). Signo de Steinman I.



(10). Prueba de Merke.

Prueba de Böhler-Krömer: Con el paciente en decúbito supino estabilizaremos con una mano el fémur desde la parte lateral y con la otra el maléolo interno. Con la pierna en abducción llevamos a cabo una flexo-extensión de la rodilla. A continuación, sujetamos el maléolo externo y el fémur desde la parte interna y efectuamos una flexo-extensión de la rodilla con la pierna en aducción. Si aparece dolor en la interlínea articular interna durante la flexo-extensión con la pierna en aducción sugiere alteración del menisco interno y viceversa.

Prueba de Merke (10): El paciente sobrecarga la pierna afectada, flexiona ligeramente la rodilla y nosotros le fijamos el pie. La pierna contralateral se eleva ligeramente y se pide al paciente que gire el muslo hacia fuera y hacia dentro. A causa de la presión axial debida al peso corporal, los síntomas dolorosos se acentúan en esta prueba. Si durante una rotación externa de cadera aparece dolor en la interlínea articular interna, sospecharemos de una lesión del menisco interno y viceversa.

Prueba de extensión total: Sirve para valorar la integridad de los cuernos anteriores de los meniscos. Con el paciente semisentado sobre la mesa de exploración, nos colocaremos de manera que su pierna se apoye en nuestro hombro y con ambas manos sobre la cara anterior del tercio inferior del muslo. De este modo, provocaremos una extensión forzada de la rodilla, buscando dolor en la porción anterior de la interlínea articular.

Prueba de Cabot (11): Con el paciente en decúbito supino, la pierna afectada flexionada por la rodilla se coloca encima de la región proximal de la pierna contralateral. Con la mano izquierda sujetamos la rodilla y palpamos con el pulgar la interlínea articular externa. Con la mano libre sujetamos la parte inferior de la pierna y le pedimos al paciente que efectúe una extensión de la rodilla venciendo nuestra resistencia. Si existe una lesión del cuerno posterior del menisco externo aparecerá dolor. Ocasionalmente se queja de dolor irradiado al hueco poplíteo y a la pantorrilla.

Signo de Finoschietto (Signo del salto) (12): Sirve para comprobar una lesión simultánea del LCA y del menisco. Se realiza una prueba de cajón anterior en flexión a 90° de la articulación de la rodilla. Si existe rotura del LCA, la prueba del cajón anterior comporta un desplazamiento ventral de la tibia. Debido a la falta de suspensión ligamentosa, durante el movimiento del cajón anterior se eleva el cóndilo femoral hasta el cuerno posterior del menisco interno. Si la prueba es positiva se puede oír un crujido y/o palpar un resalte. A veces, tras un signo positivo es necesario reducir la luxación del menisco; en este caso debe sospecharse un desprendimiento posterior completo del menisco interno y/o una rotura longitudinal (en “asa de cubo”).



(11). Prueba de Cabot.



(12). Signo de Finoschietto.

Prueba de Wilson: Sujetamos con una mano la articulación de la rodilla por encima de la rótula mientras palpamos la interlínea articular interna. En la osteocondritis disecante del cóndilo femoral interno, pueden aparecer molestias articulares cuando se ejerce una presión articular con un movimiento de flexión (entre 20° y 30°) o mediante la palpación de los dedos. Estas molestias se reducen al realizar una rotación externa de la pierna.

Prueba de abducción-aducción (valgo-varo): Sirve para comprobar la inestabilidad interna y externa de la rodilla. Con el paciente en decúbito supino, sujetamos con ambas manos la rodilla por la cabeza de la tibia mientras palpamos la interlínea articular. Fijando la parte distal de la pierna entre el antebrazo y la cintura efectuamos una maniobra en valgo y en varo. Los dedos que se encuentran sobre la interlínea pueden palpar una laxitud (“bostezo” o abertura de la hendidura articular). La estabilidad lateral se verifica con una flexión de 20° y una extensión completa.

Prueba de Lachman: Se trata de la prueba más sensible para evaluar el LCA. El paciente se coloca en decúbito supino con la rodilla flexionada 20-30° y nosotros de pie junto a su rodilla afecta tiramos de la tibia en sentido anterior. La reacción elástica o una terminación blanda será indicativo de alteración del ligamento, produciéndose un desplazamiento de la tibia respecto al fémur.

Prueba de cajón anterior: Con el paciente en decúbito supino, la cadera flexionada 45° y la rodilla flexionada 90°, fijamos el pie del enfermo en la posición de rotación deseada sentándonos sobre él y traccionamos en dirección ventral de la cabeza de la tibia con ambas manos. El resultado se considera positivo si se puede desplazar la tibia sobre el fémur en sentido anterior, lo cual nos indicaría alteración del LCA. El cajón anterior constituye siempre un cajón anterior si se tiene la certeza de que no existe un cajón posterior.

Prueba de cajón posterior: Con el paciente en decúbito supino y la rodilla flexionada 90° intentamos desplazar la tibia sobre el fémur en sentido posterior. Si el test es positivo indica alteración del LCP.

Prueba de cajón máximo según Jakob (13): Paciente en decúbito supino con la rodilla flexionada 50-60°. Con nuestro antebrazo efectuamos una subluxación anterior máxima de la cabeza tibial (la mano sujeta la rodilla de la pierna contralateral). Con la otra mano sujetamos la otra cabeza tibial y palpamos, a la vez, el desplazamiento anterior de la interlínea articular en la vertiente interna y externa. Mediante esta prueba la pierna no queda fija, con lo que la capacidad de rotación no se encuentra limitada y, es posible, provocar un gran desplazamiento tibial anterior.



(13). Prueba de Jakob.



(14). Prueba de Slocum.

Prueba de cajón activo del cuádriceps: El paciente flexiona la rodilla 90°. Nosotros aplicamos en la tibia una presión posterior y a continuación pedimos al paciente que active el cuádriceps intentando deslizar el talón hacia delante. Si el cuádriceps tira de la tibia hacia delante nos indicará laxitud o inestabilidad posterior.

Prueba de Macintosh: Con el paciente en decúbito supino, una de nuestras manos abarca su pie y la otra la cara posterior de la rodilla. La mano caudal imprime una rotación interna forzada a la pierna desde el pie, al tiempo que la mano libre induce una flexión pasiva y lenta en sentido valguizante acentuada por la fuerza de la gravedad. Si la prueba es positiva, evidencia una insuficiencia del LCA.

Prueba de Slocum (14): Paciente en decúbito lateral sobre el lado sano, con cadera y rodilla flexionadas, y mantiene la pierna lesionada en extensión con una ligera rotación interna del pie. En esta posición, el peso de la pierna ejerce una ligera presión en valgo. Nosotros, situados detrás del paciente, con una mano sujetamos el muslo y con la otra la cabeza de la tibia mientras con los dedos pulgar e índice palpamos la cabeza del peroné. Si el LCA se encuentra afecto, la cabeza del fémur se subluxa hacia delante en posición cercana a la extensión.

Prueba de Martens: Paciente en decúbito supino y nosotros, de pie en el lado afecto. Con una mano fijamos la pierna flexionada por debajo de la rodilla y con el índice tocamos el peroné. La pierna se fija entre el antebrazo y la cintura, al tiempo que se efectúa una maniobra en valgo. Mientras tira de la pierna hacia delante con una mano, con la otra presiona la región distal del muslo en dirección dorsal. Aumentando la flexión y, a partir de una posición cercana a la extensión, se puede reducir la subluxación de la parte tibial lateral cerca de 30° cuando subyace una lesión de LCA.

Prueba de Losee: Con el paciente en decúbito supino, sujetamos la rodilla por la parte lateral con una mano, con el pulgar encima de la cabeza del peroné y el resto de los dedos sobre la rótula. Con la otra mano, sujetamos la pierna por la cara interna y por encima del tobillo. En este caso, realizaremos una rotación externa de la pierna. Si la rodilla se extiende a partir de una flexión de 40-50°, se produce, en caso de insuficiencia de LCA, palpable y visible, una subluxación de la parte lateral de la cabeza tibial hacia delante.

Prueba de entrecruzamiento según Arnold: Valoraremos la competencia del LCA. Paciente de pie con los miembros inferiores cruzados, con la rodilla a estudiar en el plano posterior y en rotación interna. Nos colocaremos detrás de él, con las manos en sus hombros y pisándole el pie del lado afecto. A continuación llevaremos el tronco del paciente hacia una rotación de 90° del lado del pie fijado. En esta posición efectuará una contracción del cuádriceps que mantendrá mientras flexiona las rodillas. Si aparece dolor, inestabilidad o incapacidad para ejecutar la prueba, será positiva.

Prueba de Noyes: Esta prueba nos sirve para poner de manifiesto una inestabilidad antero-lateral de la rodilla. El paciente se coloca en decúbito supino con la rodilla extendida y muslo relajado. Nosotros nos colocaremos en el lado de la rodilla que vamos a estudiar sosteniendo la tibia con ambas manos y apresando el tobillo entre nuestro brazo y tronco. A continuación se flexiona gradualmente la rodilla hasta reducir la subluxación, lo que tiene lugar generalmente a los 30° de flexión.

Maniobra de Lemaire: Con el paciente en decúbito supino, el examinador desde el pie efectúa rotación interna del miembro al tiempo que flexo-extensiona la rodilla, agregando presión externa. En los casos positivos se produce una subluxación anterior y reducción del platillo tibial externo.

Prueba de Godfrey: Valora la presencia de inestabilidad posterior de la rodilla. El paciente se coloca en decúbito supino

no con ambas caderas y rodillas flexionadas 90°. Sujetamos ambas piernas y efectuamos una presión en dirección dorsal sobre la tuberosidad de la tibia de la pierna lesionada.

En definitiva, todas estas pruebas y maniobras van a sernos de gran ayuda a la hora de explorar al paciente y decidir qué tratamiento le vamos a aplicar.

Bibliografía:

- *Rehabilitación ortopédica clínica*, S. Brent Brotzman, Kevin E. Wilk, 2005.
- *Trastornos internos de las articulaciones*, Resnick, 1999.
- *Anatomía con orientación clínica*, [Keith L. Moore](#), [Anne M. R. Agur](#), [Marion E. Moore](#), 2007.
- *Aplicación clínica de las técnicas neuromusculares: EEII. (volumen.2)*, [León Chaitow](#), [Leon Chaitow Judith Walter DeLany](#), 2007.
- *Manual de pruebas diagnósticas: traumatología y ortopedia*, [Antonio Jurado Bueno](#), 2002.
- *Manual de ortopedia y traumatología*, [Marc F. Swiontkowski](#), [Elizabeth A. Arendt](#), 2005.
- *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular: Exploraciones-Signos-Síntomas*, Klaus Backup, 2007.

Estibaliz Gómez Gorostiola. Fisioterapeuta Col. 1376

Colectivos profesionales y asociaciones

Hay quien piensa lo pequeño que eres. Y hay quien piensa lo grande que puedes ser.

Así es la **Cuenta Expansión Negocios**, pensada para que autónomos, comercios, despachos profesionales y pequeñas empresas se hagan grandes.

• **Sin comisiones**
de administración y mantenimiento

• **Oferta de TPV**
en condiciones preferentes

• **Tarjeta**
de crédito y débito gratis

• **Póliza de crédito Profesional**
en condiciones preferentes

• **Préstamo Inicio**
en condiciones preferentes

Infórmate en cualquiera de nuestras oficinas,
llamando al **902 383 666** o en bancosabadell.com.

Oferta para: COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

Sabadell
Professional



¿Qué es el Finiquito?

Queremos trasladaros algunas nociones básicas sobre una figura del mundo laboral muy frecuente: **el finiquito**, destacando que se trata de un instrumento de prueba. Su regulación se halla en el art. 49.2 del vigente Estatuto de los Trabajadores aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.

2. El empresario, con ocasión de la extinción del contrato, al comunicar a los trabajadores la denuncia, o, en su caso, el preaviso de la extinción del mismo, deberá acompañar una propuesta del documento de liquidación de las cantidades adeudadas.

El trabajador podrá solicitar la presencia de un representante legal de los trabajadores en el momento de proceder a la firma del recibo del finiquito, haciéndose constar en el mismo el hecho de su firma en presencia de un representante legal de los trabajadores, a bien que el trabajador no ha hecho uso de esta posibilidad. Si el empresario impidiese la presencia del representante en el momento de la firma, el trabajador podrá hacerlo constar en el propio recibo, a los efectos oportunos.



Lo primero que debe saberse es que **debe ser claro, preciso e inequívoco**, es decir no valen declaraciones genéricas, ni puede implicar la renuncia válida a derechos que el trabajador o trabajadora tengan atribuidos por ley de derecho necesario o Convenio colectivo (art. 3.5 del Estatuto de los Trabajadores y art. 3 de la Ley General de la Seguridad Social y a nivel jurisprudencial, entre las múltiples sentencias al respecto, cabe destacar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco 18-02-03).

Además, el trabajador tiene derecho a que a su firma **asista algún representante** de los trabajadores. Si la empresa impide la asistencia de dicho representante solicitada por el trabajador constituye una falta grave de naturaleza laboral; en este sentido es trascendental que el trabajador, antes de firmar, haga constar expresamente en el escrito de finiquito dicho extremo para que conste tanto su petición de presencia como el rechazo de la empresa.

También debe saberse que **su contenido es muy variable** pudiendo consistir en sólo la liquidación de cantidades adeudadas, o bien incluir también declaraciones de voluntad relativas a la extinción de la relación laboral en alguna de sus modalidades (mutuo acuerdo, dimisión del trabajador, etc).

En cuanto a las cantidades suelen corresponder a cantidades pendientes por días trabajados y no abonados, más la parte proporcional de pagas extras y vacaciones no disfrutadas. Y deben pagarse efectivamente para que el finiquito (Sentencia

de la Sala Social del Tribunal Supremo de 25-1-05) tenga **carácter liberatorio**, dicho en otras palabras para que no sea un simple papel mojado sin consistencia.

Muchos convenios laborales incluyen formatos de liquidación que conviene adoptar por parte de la empresa para no incurrir en una irregularidad formal.

En otro orden de cosas, al tratarse de una manifestación de voluntad, está sujeta al régimen de **vicios** contemplada para las mismas. Nos explicamos, es nulo el finiquito firmado bajo intimidación o bajo coacción moral y supone la comisión por el empresario del delito contra los trabajadores castigado en el Código Penal. También es delictiva la **alteración del finiquito después de su firma** ya que constituye una falsedad documental.

Por último, a modo de advertencia dirigida a los trabajadores, en caso de duda, se debe firmar la liquidación de saldo y finiquito pero poniendo del propio puño y letra **“no conforme”** o alguna expresión similar que demuestre la ausencia de acuerdo total o parcial con el documento que se entrega.

Seve Setián
Asesoría Jurídica COFPV



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



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

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

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

El horario de atención al público del asesor es:

Lunes: 17,00 a 21,00 horas

Viernes: 9,30 a 14,00 horas

Letrado: D. Severino Setián Álvarez

Tel.: 94 402 01 55

Fax: 94 402 01 56

e-mail: setien@cofpv.org



Proba Diagnostikoen aplikazioa Belaunean

Estibaliz Gómez Gorostiola. Fisioterapeuta Zbkia. 1376

Belauna beheko gorputz-adarreko tarteko giltzadura da, artikulazio femorotibiala eta femoropatellarra uztartzen dituen. Lehenengoak pisuari eusten dio, eta bigarrenak moteldu egiten du, polea anatomiko eszentrikoaren lana egiten duen kuadrizepsaren tendoiak kondilo femoralei eragindako marruskadura. Giza-gorputzeko giltzadurarik handiena eta konplexuena da. Giltzadura hau gorputzean dauden tutu-formako bi hezurrik luzeen artean kokatuta dago, femurra (izterrezurra) eta tibiaren (berna-hezurra) artean alegia, eta kokapen horren haritik, palanka-indar handia jaso behar du. Giltzadura hauen azalera guztiz bat ez datozenez gero, mugimendu-gama zabala dute, eta ondorioz, belaunaren egonkortasuna, hezurrik elkartuta mantentzen dituzten inguruko lotailu sendoei eta gihar indartsuei lotuta dago, hein handi batean. Ezinbestekoa da eguneroko zereginetarako, hala nola, zutik egoteko, ibiltzeko eta eskailerak igotzeko, eta garrantzi handikoa da korrika egitea, jauzi egitea, jaurtikitzea edo norabidea aldatzea beharrezko duten kiroleetan. Jarduera horiek egiteko, giltzadurak mugikorra izan behar du, baina mugikortasun horrek eta flexionatzean duen eze-gonkortasunak areagotu egiten dute meniskoan nahiz lotailuetan lesioak izateko arriskua. Lesio horien artean, lotailuen bihurtura dugu ohikoenetakoa. Hala ere, azalera artikularren hausturak eta lotailuen etendurak maizago gerta daitezke estentsioan izandako lesioetan. Bestalde, gantzak eta masa muskularrak ez dute ondo babesten belauna, eta honek traumatismoak izateko arriskua areagotzen du.

Diagnostikoak zehatzago eta azkarrago egiteko aukera ematen duten ekografia, TAC eta EMN bezalako teknika berriak agertu diren arren, anamnesia eta azterketa fisikoa ezinbestekoak dira oraindik diagnostikoa osatu eta tratamenduari hasiera emateko. Askotxo dira horretarako dauden metodo estandarizatuak, "probak" deritzenak, sistema eskeletikoan gertatutako edozein gaitz funtzional baloratzen lagun dezaketenak.

Jarraian, fisioterapeutok belaunaren kasuan gehien erabili ohi ditugun probetako batzuk bildu eta deskribatu ditut:

Errotula dantzariaren proba (1): Pazientea ahoz gora etzanda edo zutik dagoela, esku batez presioa egingo dugu goialdetik belaunaren gaineko zakua behiko alderantz, eta beste eskuaz errotulari eragingo diogu femurraren aurka, albo baterantz edo erdirantz mugituz presio arin batez. Erresistentzia elastikoa (errotula dantzaria) isuri artikularraren zeinu patologikoa da.



(1). Errotula dantzariaren proba



(2). Errotularen desplazamendu proba

Errotularen desplazamendu-proba (2): Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, errotularen goiko eta beheko erdialdeei ertsiko diegu bi eskuetako hatz lodi eta erakusleez baliatuta.

Alboko mugimendua eragiteko, hatz lodiek errotula femurraren alboko kondiloaren gainetik bultzatu behar dute. Erdiranzko mugimendua eragiteko, bi hatz erakusleek errotula kontrako norabiderantz bultzatu behar dute. Alboranzko desplazamendua areagotzen dela susmatzen badugu, proba bera egingo dugu kuadrizepsa tenkatuz egonkortasuna egiaztatzeko. Errotularen erdiranzko edo alboranzko desplazamendua handiagoa denean, berezko desplazamendu fisiologikoa baino handiagoa alegia, lotailu-laxotasuna, errotularen subluxazioa edo subluxazioa izateko joera dagoela esan nahi du. Krepitazioa badago, kondropatia edo artrosi erretrorrotulianoa dagoela esan nahi du.

Bestalde, errotularen behearanzko desplazamenduaren mugapenak femurreko gihar zuzena laburtu edo errotula atera dela islatzen du.

Zohlen-en zeinua (3): Pazientea ahoz gora etzanda eta hankak luzatuta dauzkala jarriko da. Errotulari presioa egingo diogu erdiko eta alboko alde proximaletik hatz lodieran laguntzaz, eta pazienteari hanka berriz ere luza dezala eskatuko diogu, kuadrizepsa tenkatzeko. Errotularen atzean edo inguruan mina agertzen bada, errotularen atzeko kartilagoa kaltetuta egon daiteke. Proba hau positiboa da gizaki asko eta askorengan, baina negatiboa bada, seguru aski kartilagoak ez daude lesionatuta.



(3). Zohlen-en zeinua



(4). McConnell-en proba

Atzipen-proba Fairbank-en arabera: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela eta belauna luzatuta eta izterreko giharrak tenkatuta dauzkala, lokadura edo luxazio bat simulatzen saiatuko gara, errotulari albotik bi hatz lodien laguntzaz presioa egingo. Belauna toles dezala eskatuko diogu orduan pazienteari. Errotulan luxaziorik baldin badago, min handia agertuko da, eta estentsioan nahiz flexioan lokadura berri bat izateko beldurra.

McConnell-en proba (4): Artrosi erretrorrotuliana detektatzeko balio du. Pazientea ohatilaren gainean eseriko da, hankak zintzilik dauzkala. Errotulari presioa eragingo diogu bi hatz lodien laguntzaz, albotik erdialderantz.

Dreyer-en proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, hanka luzatu eta altxa dezala eskatuko diogu. Hori egiteko gauza ez bada, bi eskuetako kuadrizeps proximalerako tendoia errotularekin egonkortu eta hanka altxatzeko eskatuko diogu berriz ere. Bigarren ekinaldian hanka jasotzeko gauza baldin bada, kuadrizepseko tendoia urratu dela susmatu beharko dugu.

Apley-ren trakzio eta presio proba (Grinding-test) (5): Pazientea ahoz behera etzanda dagoela egingo dugu, belaurna 90° flexionatuta daukala. Haren izterra gure belaunarekin finkatu eta errotazioa eragingo diogu pazienteari belaunari, lehenengo trakzioa eginez eta gero presioa eginez. Maniobra hauek presioa eraginez ere egin daitezke.

Trakzioaren bidez eragindako biraketan mina agertzen bada tolestutako belaunean, kapsula eta lotailuak kaltetuta daudela esan nahi du; mina presioa eginez agertzen bada, meniskoaren lesioa islatzen du.

McMurray-ren proba (6): Hauxe da, Apley-ren probarekin batera, meniskoa ebaluatzeko gehien erabiltzen den probetako bat. Pazientea ahoz gora etzanda jarriko da. Belauna eta aldaka ahalik eta gehien tolestuko ditu, oina eta tibia kanporantz ondo biratuta dauzkala (erdiko meniskora) edo barruko alderantz (alboko meniskora). Jarraian, belaua gehienezko flexiotik estentsioraino mugiaraziko da. Normalean, klaska mingarria agertuko da artikulazioan, medikuak haztakatu edo entzuteko modukoa, baina kasu batzuetan, min zorrotza besterik ez da somatuko kaltetutako giltzaduran



(5). Apley-ren proba



(6). McMurray-ren proba



(7). Bragard-en proba



(8). Signo de Payr.

Bragard-en proba (7): Pazientea ahoz gora etzanda jarriko da. Esku batez, 90° tolestuta dagoen belauari eutsiko diogu. Hatz lodiaz eta erakusleaz, artikulazioaren alboko aldea eta erdiko aldea haztakatuko ditugu, hurrenez hurren, eta beste eskuaz, oina sostengatu eta hankaren errotazioa gidatuko dugu. Lerroarte artikularrean mina agertuz gero, meniskoan lesioa egon daiteke. Barruko meniskoa bada kaltetuta dagoena, belauari kanpo-errotazioa eta estentsioa eragitean, lerroarte artikularreko mina areagotuko da. Diagnostikoa zehatzagoa izango da, baldin eta artikulazioaren mugimenduetan izandako presioaren ondoriozko mina aldakorra bada.

Payr-en zeinua (8): Pazientea eserita jarriko da, hankak gurutzatuta dauzkala. Kaltetutako belauari aldizkako presioa eragingo diogu (flexioan eta kanpo-errotazioan). Erdiko lerroarte artikularrean mina agertuz gero, meniskoa kaltetuta egon daiteke (bereziki atzeko adarra). Batzuetan, ustekabeko irteguneko edo kraska suma daiteke artikulazioan.

Payr-en proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, ezkerreko eskuaz belaua finkatu eta hatz lodiaz eta erakusleaz artikulazioaren alboko aldea eta erdiko aldea haztatuko ditugu, hurrenez hurren. Beste eskuaz orkatilako artikulazioa finkatuko dugu. Belauna ahalik eta gehien tolestuta dagoela, kanpo-errotazioa eragingo diogu hankari, ahalik eta handiena, eta gero adukzio arin bat. Atzeko lerroarte artikularrean mina agertzen bada, barruko meniskoa (atzeko adarra) kaltetuta dagoela esan nahi du. Era berean, Asimismo, hankari barne-errotazioa eta abdukzioa eraginez, kanpoko meniskoaren atzeko adarra araka daiteke.

Steinman-en zeinua I (9): Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, tolestutako belaua ezkerreko eskuaz finkatu, eskuineko eskuaz hanka sostengatu eta bortxatutako

biraketa-mugimendu azkarrak eragingo ditugu kanporantz eta barrurantz. Bat-bateko kanpo-errotazioan mina agertzen bada barruko lerroarte artikularrean, barruko meniskoa kaltetuta egon daiteke. Mina kanpoko lerroarte artikularrean agertzen bada, barruko errotazioa egiten ari garen bitartean, kanpoko meniskoa da kaltetuta dagoena.

Steinman-en zeinua II: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, ezkerreko eskuaz belauari eutsiko diogu lerroarte artikularra haztakatzen dugun bitartean. Eskuineko eskuaz hanka urkila maleolarraren gainetik sostengatuko dugu, izterra finkatuz eta hankari barruko eta kanpo-errotazioa eraginez. Inklinazio txiki batez, hanka tolestu eta luzatuko dugu, norabide axialean. Barruko edo kanpoko lerroarte artikularrean mina agertuz gero, meniskoa lesionatuta dago.



(9). Steinman-en zeinua I



(10). Merke-ren proba

Böhler-Krömer-en proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, esku batez femurra egonkortuko dugu alboko aldetik, eta beste eskuaz barruko maleoloa. Hanka abdukzioan dugula, belaua tolestu-luzatuko dugu. Ondoren, kanpoko maleoloa eta femurra barruko aldetik sostengatu eta, hanka adukzioan dugula, belaua tolestu-luzatu egingo dugu. Hanka adukzioan dagoela egindako flexo-estentsio horretan mina agertzen bada lerroarte artikularrean, barruko meniskoa kaltetuta dagoela esan nahi du, eta alderantziz.

Merke-ren proba (10): Pazienteak kaltetutako hanka gainkargatu eta belaua apur bat tolestuko dugu, guk oina finkatzen diogun bitartean. Beste aldeko hanka piska bat altxatu eta pazienteari izterra kanporantz eta barrurantz bira dezala eskatuko diogu. Gorputzaren pisuak eragindako presio axialaren ondorioz, min sintomak areagotu egingo dira proba honetan. Aldakaren kanpo-errotazioan mina agertzen bada barruko lerroarte artikularrean, barruko meniskoan lesioa egon daitekeela susmatuko dugu, eta alderantziz.

Erabateko estentsio-proba: Meniskoaren aurreko adarrak osorik dauden baloratzeko balio du. Pazientea azterketamahiaren erdi-eserita dagoela, haren hanka gure sorbaldaren gainean jarri eta izterraren beheko herenaren aurreko aldeari eutsiko diogu bi eskuekin. Honela, estentsio bortxatua eragingo diogu belauari, lerroarte artikularrean aurreko zatian mina ote dagoen aztertzeko.

Cabot-en proba (11): Pazientea ahoz gora dagoela, kaltetutako hanka belauetik tolestu eta beste aldeko hankaren alde proximalaren gainean jarriko da. Ezkerreko eskuaz belauari heldu eta hatz lodiaz kanpoko lerroarte artikularra haztakatuko dugu. Beste eskuaz lagunduta, hankaren beheko aldea sostengatu eta belaua luza dezala eskatuko diogu pazienteari, guk eragindako erresistentziari aurre egin diezaion. Kanpoko meniskoaren atzeko adarrean lesioa baldin badago, mina agertuko da. Batzuetan, mina belauperantz (zokogune popliteorantz) eta zangosagarrerantz irradiatzen da.

Finoschietto-ren zeinua (Jauziaren zeinua) (12): Aurreko lotailu gurutzatua eta meniskoa aldi berean lesionatuta ote dauden egiaztatzeko balio du. Aurrealdeko tiradera-proba egiten da, belauneko giltzadura 90° tolestuz. Aurreko lotailu gurutzatua etenda baldin badago, aurrealdeko tiradera-probak tibia sabelerantz desplazatuko du. Lotailuen esekidurarik ezaren ondorioz, aurrealdeko tiradera-mugimenduarekin batera, kondilo femorala barne-meniskoaren atzeko adarreraino altxatuko da. Proba positiboa bada, karraska bat entzun edota irtengune bat haztaka daiteke. Batzuetan, zeinu positibo baten ondoren, meniskoaren lokadura murriztu behar da; kasu honetan, barne-menisko osoa atzetik askatu edota luzetara urratu dela ("pertz-kirtena" gisa) susmatu behar dugu.



(11). Cabot-en proba



(12). Finoschietto-ren zeinua

Wilson-en proba: Esku batez, belaunaren giltzadurari eutsiko diogu errotularen gainetik, eta aldi berean, barruko lerroarte articularra haztatuko dugu. Barruko kondilo femoralean osteokondritis disekatazalea izatekotan, ondoez articularra ager daiteke flexio-mugimendu batez (20°-30°) giltzadurari presioa eragiten zaionean edo atzamarrekin haztakatzen denean. Ondoez horiek hankari barne-errotazioa eraginez arintzen dira.

Abdukzio-adukzio proba (valgo-varo): Belaunaren kanpoko eta barruko ezegonkortasuna egiaztatzeko balio du. Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, belaunari tibia-burutik eutsiko diogu bi eskuen laguntzaz, lerroarte articularra haztatzen dugun bitartean. Hankaren alde distala besaurrea eta gerriaren artean finkatuz, abdukzio eta adukzio maniobra eragingo dugu. Lerroartearen gainean dauden atzamarrek laxotasun bat hazta dezakete (arraildura articularren irekidura). Alboko egonkortasuna 20 graduko flexio batez eta erabateko estentsio batez egiaztatuko da.

Lachman-en proba: Aurreko lotailu gurutzatua ebaluatzeko probarik seguruen da. Pazientea ahoz gora jarriko da, belauna 20-30° tolestuta daukala, eta guk, kaltetutako belaunaren ondoan zutik gaudela, tibiari aurrerantz tira egingo diogu. Erreakzioa elastikoa edo amaiera biguna baldin bada, lotailua kaltetuta dagoela esan nahi du, tibia femurretik desplazatzen baita.

Aurrealdeko tiradera-proba: Pazientea ahoz gora etzanda eta aldaka 45° tolestuta eta belauna 90° tolestuta dauzkala, gaixoaren oina errotazio posizioan finkatuko dugu haren gainean eseriz eta tibia-buruari sabelerantzko trakzioa eragingo diogu bi eskuen laguntzaz. Emaitza positibotzat jotzen da tibia femurraren gainetik aurrerantz desplazatu ahal denean, aurreko lotailu gurutzatuan kaltea dagoela iradokiz. Aurrealdeko tiradera beti izango da aurrealdeko tiradera, baldin eta atzealdeko tiraderarik ez dagoen ziurtasun osoa badago.

Atzealdeko tiradera-proba: Pazientea ahoz gora etzanda eta belauna 90° tolestuta dagoela, tibia femurraren gainetik atzerantz eramaten saiatuko gara. Testa positiboa bada, atzeko lotailu gurutzatua kaltetuta egon daiteke.

Gehienezko tiradera-proba Jakob-en arabera (13): Pazientea ahoz gora etzanda eta belauna 50-60° tolestuta daukala jarriko da. Gure besaurreaz, aurreko subluzazio gorena eragingo diogu tibia-buruari (eskuak beste hankako belaunari eutsiko dio bitartean). Beste eskuaren laguntzaz, beste tibia-buruia sostengatuko dugu, eta aldi berean, lerroarte articularren aurrerantzko lekualdatzea haztatuko dugu, barrutik eta kanpotik. Proba honetan hanka finkatu gabe dagoenez gero, errotazio-ahalmena ez dago mugatuta, eta ondorioz, tibiaren aurrerantzko desplazamendu handia egin daiteke.



(13). Jakob-en proba



(14). Slocum-en proba

Kuadrizeps aktiboaren tiradera-proba: Pazientea belauna 90° flexionatuko du. Guk atzealdetik presioa egingo diogu tibiari, eta jarraian, kuadrizepsa aktibatuta eta orpoa aurrerantz eraman dezala eskatuko diogu pazienteari, Kuadrizepsak tibiari aurrerantz tira egiten badiu, atzeko laxotasuna edo ezegonkortasuna dagoen seinale.

Macintosh-en proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, esku batez oinari heldu eta besteaz belaunaren atzeko aldeari eutsiko diogu. Beheko eskuak barne-errotazio bortsatua eragingo dio hankari oinetik, eta aske dagoen eskuak abdukzioarantz jotzen duen flexio pasibo eta geldoa eragingo du grabitatearen laguntzaz. Proba positiboa baldin bada, aurreko lotailu gurutzatuaren insufizientzia islatuko du.

Slocum-en proba (14): Pazientea kaltetu gabe duen aldearen gainean etzanda jarriko da, aldaka eta belauna tolestuta eta lesionatutako hanka estentsioan duela, oinari barruko errotazio arina eraginez. Posizio honetan, hankaren pisuak abdukzio arina eragiten du. Pazientearen atzean kokatuta, esku batez izterrari eutsi eta besteaz tibia-buruia sostengatuko dugu, hatz lodiaz eta erakusleaz perone-buruia haztakatzen dugun bitartean. Aurreko lotailu gurutzatua kaltetuta badago, femur-buruia aurrerantz subluzatuko da estentsiotik hurbileko posizioan.

Martens-en proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, kaltetutako aldean kokatuko gara, zutik. Esku batez, flexionatutako hanka belaunaren azpitik finkatuko dugu, hatz erakusleaz peronea ukituz. Hanka besaurrea eta gerriaren artean finkatuko dugu, eta aldi berean, abdukzio-maniobra egingo dugu. Esku batez hankari aurrerantz tira egiten diogun bitartean, beste eskuak presioa eragingo dio izterraren alde distalari, bizkar alderantz. Flexioa areagotuz gero, estentsiotik hurbileko posizio batetik abiatuta, 30° inguru murriz daiteke alboko alde tibialaren subluzazioa, aurreko lotailu gurutzatuan lesiorik izatekotan.

Losee-ren proba: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, belaunari albotik eutsiko diogu esku batez, hatz lodia perone-buruaren gainean eta gainontzeko atzamarrek errotularen gainean jarrita. Beste eskuarekin hankari barruko aldetik eutsiko diogu, orkatilaren gainetik. Kasu honetan, kanpo-errotazioa eragingo diogu hankari. Aurreko lotailu gurutzatuaren insufizientzia baldin badago, belauna 40-50 gradutik gorako flexiotik

luzatuz gero, tibia-buruaren alboko aldearen aurreranzko subluxazioa begibistakoa eta ukitzeko modukoa izango da.

Gurutzadura proba, Arnold-en arabera: Honen bidez, aurreko lotailu gurutzatuaren gaitasuna baloratzeko dugu. Pazientea zutik jarriko da, beheko gorputz-adarrak gurutzatuta eta aztertu beharreko belauna atzean eta barruko errotazioan finkatuta. Pazientearen atzean jarriko gara, eskuak haren sorbaldaren gainean jarrita, kaltetutako aldeko oina zapalduz. Jarraian, pazientearen gorputz-enborra 90° gradu biraraziko dugu finkatutako oinaren alderantz. Egoera honetan, kuadrizepsa uzkurtuko du belaunak tolesten dituen bitartean. Mina, eze-gonkortasuna edo proba egiteko ezgaitasuna agertzen bada, proba positiboa izango da.

Noyes-en proba: Proba honek belaunaren aurrealboan eze-gonkotasunik ote dagoen frogatzeko balio du. Pazientea ahoz gora etzanda jarriko da, belauna luzatuta eta izterra erlaxatuta dauzkala. Gu aztertu beharreko belaunaren ondoan kokatuko gara, eta tibiari bi eskuekin eutsiz, orkatila gure besoaren eta gorputz-enborraren artean finkatuko dugu. Jarraian, belauna apurka-apurka tolestuko dugu subluxazioa murriztu arte. Normalean, belauna 30° tolestean gertatzen da.

Lemaire-ren maniobra: Pazientea ahoz gora etzanda dagoela, aztertzailak oinari eutsi eta barne-errotazioa eragingo dio gorputz-adarrari, belauna tolestu-luzatzera behartuz. Kasu positiboetan, aurrealdeko subluxazioa eta kanpoko platerxo tibialaren murrizpena gertatu ohi da.

Godfrey-ren proba: Belaunaren atzealdean eze-gonkortasunik ote dagoen baloratzeko erabiltzen da. Pazientea ahoz gora etzanda jarriko da, aldakak eta belaunak 90° tolestuta. Hankei eutsi eta presioa egingo dugu bizkar alderantz lesio-natutako tibiaren tuberositatearen gainean.

Proba eta maniobra horiek guztiak zeharo lagungarriak suertatuko zaizkigu pazienteaz aztertu eta eman beharreko tratamendua erabakitzeke orduan.

Bibliografia:

- Rehabilitación ortopédica clínica, S. Brent Brotzman, Kevin E. Wilk, 2005.
- Trastornos internos de las articulaciones, Resnick, 1999.
- Anatomía con orientación clínica, Keith L. Moore, Anne M. R. Agur, Marion E. Moore, 2007.
- Aplicación clínica de las técnicas neuromusculares: EEII.(2. liburukia), León Chaitow, Leon Chaitow Judith Walter DeLany, 2007.
- Manual de pruebas diagnósticas: traumatología y ortopedia, Antonio Jurado Bueno, 2002.
- Manual de ortopedia y traumatología, Marc F. Swiontkowski, Elizabeth A. Arendt, 2005.
- Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular: Exploraciones-Signos-Síntomas, Klaus Buckup, 2007.

Estíbaliz Gómez Gorostiola. Fisioterapeuta Zbkia. 1376



I Jornada sobre Intrusismo en el ámbito Sanitario

“Tres años, nueve meses y cuatro días... desde que Coté me dejó en una silla de ruedas durante un largo período. Desde entonces nunca más pude correr; desde entonces, nunca más pude bailar. Y sin embargo, aún no puedo identificarme como víctima porque, a fecha de hoy, no hay sentencia firme judicial”. Con estas estremecedoras palabras iniciaba su ponencia Dña. Esther Fontán, Presidenta de la Asociación de Víctimas del Intrusismo Médico-Sanitario (AIMS) y verdadera artífice de la organización de la **I Jornada sobre Intrusismo en el ámbito sanitario** celebrada en A Coruña el pasado 10 de septiembre.

La Jornada, a la que fuimos expresamente invitados y a la que tuve el placer y el honor de asistir en calidad de representante del COFPV, estuvo marcada por un profundo sentimiento de solidaridad y de responsabilidad hacia las víctimas del intrusismo profesional sanitario. En ellas, el propio colectivo de víctimas, representantes de las principales profesiones sanitarias afectadas, representantes de la Fiscalía General del Estado, de la Consellería de Saúde de la Xunta Galega, de la Secretaría del Ministerio de Justicia, de la Subdirección General de la Alta Inspección y Cartera de Servicios de la Seguridad Social, Profesores, Académicos y Directores de Universidades del ámbito sanitario y jurídico, tuvimos la posibilidad de compartir experiencias, conocimientos e inquietudes comunes y de unificar y orientar criterios de lucha contra esta lacra social: el intrusismo profesional sanitario.



De izq. a dcha., D. Javier Sardiña Agra, Presidente de la Sección Clínica del Colexio de Psicoloxía de Galicia, D. Ángel Rodríguez Brioso, Presidente de la Comisión Nacional de Intrusismo del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, Dña. Raquel Vázquez Mourelle, Subdirectora General de Inspección, Auditoría y Acreditación de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia y D. José Luis Arístin González, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.

Tras una jornada de ponencias y debates abiertos entorno a aspectos académicos, sanitarios, jurídico-legales y exposiciones de experiencias vividas, fueron aprobadas una serie de conclusiones que culminaron con la proyección del diseño de un grupo interdisciplinar de expertos/as que trabajarán, en un marco nacional, para intentar acabar con esta verdadera lacra. Os resumo a continuación las conclusiones alcanzadas:

*Se destaca la necesidad de asumir, por parte de los distintos Colegios y Consejos profesionales, un papel más activo en la lucha contra el intrusismo profesional. A tal fin, se recuerda la importancia del *Art. 1.2 del Decreto 1907/1996: “Los Colegios en el ámbito de sus competencias podrán participar y colaborar en el cumplimiento de lo establecido en este Real Decreto y estatutos correspondientes”.*

*Se buscarán fórmulas de participación y control, por parte de Colegios y Consejos profesionales, junto a las distintas Consejerías de Educación y Sanidad, para verificar los títulos y la divulgación publicitaria de las ofertas formativas de centros privados, cuyo contenido gire entorno a conceptos, métodos y técnicas propias del ámbito sanitario. De la misma forma, se insta a los Colegios a efectuar una recomendación a sus colegiados sobre la inconveniencia ética de dirigir, participar o impartir cursos “no reglados” en dichos Centros.

Un buen ejemplo de ello nos lo ha ofrecido el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, anulando una oferta formativa colegial -ya iniciada- sobre Terapia Fascial Integral, cuando se ha detectado que uno de sus docentes -que pretendía abordar aspectos terapéuticos, carecía de Titulación Sanitaria Oficial-. Desde el COFPV valoramos esta medida como acertada y reconocemos, indudablemente, el compromiso de lucha contra el intrusismo de los compañeros y compañeras del I.C.O.F.C.V.

Es nuestra responsabilidad cuidar y respetar escrupulosamente estos criterios de exclusión. La Libertad de enseñanza no ha de convertirse en cuna del intrusismo profesional y, en este sentido, hemos de desaconsejaros la participación, en calidad de organizadores, docentes o discentes, en este tipo de cursos y ofertas formativas.

*Se destaca el papel de estas Corporaciones de derecho público -Colegios y Consejos Profesionales-, en la ordenación del ejercicio de las profesiones, la defensa de los intereses profesionales de los colegiados y la protección de los intereses de los consumidores y usuarios, de lo que se desprende el deber de participar activamente en la verificación para sancionar la licencia profesional de los extranjeros que soliciten la homologación de su título profesional en España.



Sala del Palacio de exposiciones y congresos PALEXCO donde tuvo lugar la celebración de la I Jornada sobre Intrusismo en el ámbito Sanitario en A Coruña.

*Se muestra como necesario, en aras de ofrecer una mayor protección y seguridad del usuario de la Sanidad, el establecer vías de contacto permanentes y directas con Organizaciones de consumidores y usuarios, así como con las organizaciones de pacientes.

*Se pretende proyectar y establecer también, vías de colaboración con la FAISS -Federación de Asociaciones de Inspectores Sanitarios-.

*Se proyecta la activación de canales de comunicación y colaboración con la Federación de Municipios y Provincias. La utilización de la vía pública como medio de expresión y divulgación del intrusismo a través de cartelería y panfletos o el otorgamiento de licencias municipales de apertura son, sin duda, algunos de los aspectos a abordar.

A este respecto, la última respuesta desestimatoria ofrecida por el Secretario de alcaldía del Ayuntamiento de Eibar ante la solicitud del COFPV de controlar y vigilar la apertura de un centro de masajes en esta localidad -la titularidad, la actividad que se pretende desarrollar en él,...- puede servirnos de buen ejemplo para comprender la necesidad de buscar canales de comunicación y marcos de colaboración y de responsabilidad compartida con las corporaciones municipales. Contrariamente a lo expresado por este representante municipal, nosotros sí pensamos que los Ayuntamientos no pueden mantenerse al margen de este problema.



De izq. a dcha., Dña. Esther Fontán, Presidenta de la Asociación de Víctimas del Intrusismo Sanitario, Dña. Purificación Morandeira Carreira, Subsecretaria del Ministerio de Justicia y D. José Luis Aristín González, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.

*Revisión de los convenios nacionales de contratación en Balnearios, Gimnasios, Centros Deportivos, Spas, Centros de Estética, etc.

*Se proyectará, en base a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y a los epígrafes fiscales referentes a las profesiones reconocidas en la misma, la solicitud de la inmediata eliminación del epígrafe "actividades parasanitarias". Interpretamos que este epígrafe ofrece una dimensión ambigua y sirve de cobijo y pseudo-legitimación del intrusismo sanitario.

Si bien esta demanda no será nueva en el ámbito de la Fisioterapia, pensamos que proyectada con un enfoque multidisciplinar y estatal el resultado pudiera ser más satisfactorio.



Dña. Esther Fontán, Presidenta de la Asociación de Víctimas del Intrusismo Sanitario y D. José Luis Aristín González, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.

*Se instará al desarrollo legal y concreción específica de las distintas competencias que le son "propias" a cada una de las profesiones sanitarias establecidas en la L.O.P.S. Se pretende con ello evitar las posibles lagunas que dificultan la aplicación e interpretación de los preceptos contenidos en los artículos 402 y 403 del Código Penal.

A juicio de los académicos del ámbito jurídico, esta falta de concreción parece ser la verdadera piedra angular que dificulta sobremanera la obtención de fallos favorables ante las numerosas demandas interpuestas por Intrusismo profesional. Pensad, por ejemplo, en la dificultad para denominar y enumerar qué es un "acto médico" o cuáles son los "actos propios" -exclusivos y excluyentes- de una determinada profesión sanitaria.

Valoro la Jornada como exitosa y productiva. Un verdadero acierto estratégico y una ambiciosa proyección de lucha contra el Intrusismo y protección de la Salud. Su valor añadido es su propio germen: más allá de las corporaciones profesionales, la propuesta surge desde la propia experiencia y demanda ciudadana. Tengo la esperanza de que "alzando la voz", desde los distintos ámbitos afectados, con un mayor volumen y al unísono, se nos escuche más y mejor.

Nos explicaba en su ponencia, Dña. Margarita Viera -Fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla- que existía un debate jurídico, casi filosófico, sobre la figura o elemento a proteger en la tipificación del delito de Intrusismo Profesional por parte de nuestro Código Penal. En la opinión de los académicos del Derecho, es la protección del marco competencial profesional y no la Salud, lo que "está en juego" en este delito. Sin embargo, creedme si os digo, que tras haber compartido mesa y escuchado atentamente a algunas de las víctimas que participaron en la Jornada, me pregunto si acaso no es prioritario el cuidado y protección de la Salud.



De izq. a dcha., D. José Antonio Martín Urrialde, Presidente del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, Dña. Esther Fontán, Presidenta de la Asociación de Víctimas del Intrusismo Sanitario, D. José Luis Aristín González, Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, y D. Roberto Romero Soto, Secretario del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

Mantengo el compromiso personal, como representante institucional, de defender y proteger nuestro marco competencial, pero me resultará difícil a partir de ahora, hacerlo sin pensar en Esther, con una mielopatía crónica que arrastra desde hace años, en Mónica, cuyas recidivas y dolores permanentes le obligan a ingresar con asiduidad en su hospital comarcal, en Ángeles cuya pérdida de fuerza y de control en sus brazos es más que evidente -aunque nos hiciéramos los despistados cuando se le cayó el café en el descanso- y en los dos fallecidos a los que la Asociación de Víctimas de Intrusismo Médico Sanitario echa en falta cada día que pasa sin ellos.

Vaya por delante mi agradecimiento. A todos y a todas ellas les muestro mi más sincero reconocimiento y admiración. ¡Enhorabuena!

Roberto Romero Soto
Comisión de Intrusismo del COFPV



La Asociación de Afectados de Intrusismo Médico Sanitario (AIMS), se constituyó en marzo del 2008, un mes después de la detención en Ferrol de un individuo

acusado de intrusismo, estafa, blanqueo de capitales, lesiones y falsedad documental; individuo que tras permanecer seis meses en prisión preventiva sale en libertad bajo fianza para reincidir de nuevo apenas transcurridos tres meses (estando pendiente de juicio), esta vez en la localidad de Vinaróz (Castellón) donde se le abre un nuevo procedimiento judicial con imputaciones muy similares. Ingresó de nuevo en prisión preventiva, pero saldría de nuevo a los seis meses, encontrándose actualmente en libertad. Así pues tiene dos causas abiertas (entre otros muchos presuntos delitos) por intrusismo. Es importante señalar que el presunto médico osteópata ya fue condenado dos veces con anterioridad por delitos similares, sentencias que todavía desconocemos por qué no se llegaron a ejecutar.

Nuestra Asociación aglutina a 170 expacientes de este individuo, personados en la causa como acusación particular; mujeres, hombres y niños de toda condición y procedencia: jóvenes y menos jóvenes, amas de casa, trabajadores y profesionales, de Galicia, Madrid, Valencia, Andalucía, Canarias, Extremadura, Castilla-León....de todas partes de nuestro país.

Personas que han sufrido (y sufrimos) las terribles consecuencias físicas, psíquicas, profesionales, económicas y familiares de haber sido tratados "presuntamente" por un médico que a día de hoy no ha podido demostrar que lo sea. Y ello sin olvidar las consecuencias de vernos inmersos actualmente en varios procedimientos judiciales que parecen no tener fin.

Al poco de constituirmos como Asociación pudimos comprobar que desgraciadamente el nuestro no era un caso aislado, aunque quizás sí el más grave, sino que en diferentes puntos de la geografía española habían aparecido y siguen apareciendo casos más o menos graves de intrusismo en el ámbito sanitario. De hecho, y debido a la repercusión mediática de nuestro caso, comenzamos a recibir llamadas de personas que habían sido tratadas "sanitariamente" por individuos sin titulación académica que, demostrando una falta absoluta de escrúpulos, se habían aprovechado de sus problemas de salud, o de otras que sospechaban que podían estar siendo atendidas por individuos sin acreditación profesional.

Estas personas se han puesto y se siguen poniendo en contacto con nosotros para recabar información de cómo actuar, a quién



Dña. Esther Fontán, Presidenta de la AIMS y D. José Antonio Martín Urrialde, Presidente del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

dirigirse, y en último extremo para sentirse arropadas y apoyadas en su lucha personal.

Estas circunstancias nos llevaron a ampliar nuestra actividad, que inicialmente se circunscribía a nuestro caso, a la labor de divulgación, información y lucha contra esta lacra que supone el intrusismo en el campo sanitario; motivo por el cual contamos con el apoyo explícito del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España y con los Colegios que lo conforman, muy especialmente del Colegio de Galicia. Es más, por esto mismo nos estamos planteando seriamente el darle estabilidad a este servicio creando una oficina de atención y ayuda a los ciudadanos, víctimas ya no sólo de este tipo de actuaciones, sino a víctimas de delitos que puedan afectar a la salud física o/y psicológica.

Muchos han sido los medios de comunicación que se han ocupado de nuestro caso, incluso con documentales dedicados exclusivamente a él, tanto de la Televisión Pública como de las Privadas, a los que manifestamos nuestro agradecimiento más sincero por contribuir con su trabajo a la denuncia, y por tanto a la prevención, del intrusismo en nuestro país.

Y ya por último, en la convicción de que nuestra historia podía servir de advertencia a la sociedad de que cosas así pueden ocurrir y que es necesario estar alerta; para evidenciar los errores y omisiones en que caen las diferentes Administraciones en la prevención y persecución del intrusismo; y sobre todo como medio de compartir entre nosotros el dolor, la impotencia y la rabia que nos ha traído este asunto, aligerando así la pesada carga que llevamos nació nuestro blog "radiografía de una pesadilla", lugar en el que nos gustaría encontrarle alguna vez.

<http://www.aims.es>
<http://radiografiadeunapesadilla.blogspot.com/>
victimas.intrusismo@gmail.com

EXCLUSIVO PARA
FISIOTERAPEUTAS

MÉTODO Mc CONNELL: Valoración y tratamiento de los problemas de hombro

FECHAS: 26 Y 27 DE NOVIEMBRE DE 2.011



IMPARTIDO POR: Rolf Baeni
Fisioterapeuta - Suiza.
Instructor Oficial McConnell



INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN: www.fisio-salud.es
94 417 57 32

PRECIO: 310€



Fisioterapeutaren lana **Erditzean** eta **Erditu** ondoren.

Leire Neches Arrieta. Fisioterapeuta 398 Zb.

Fisioterapeutaren lana da erditu aurretik eta ondoren amaren ariketak prestatzea eta prestaketa honen erreferentzia Gizarte Segurantzaren langileen estatutuetan, 5. atalaren 70. kapituluaren agertzen da: "Son funciones de los fisioterapeutas la aplicación de tratamiento por medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: Eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: Respiratorio, parálisis cerebral, neurología y neurocirugía, reumatología, traumatología y ortopedia, coronarias, lesiones medulares, **ejercicios maternos pre y postparto** y cuantas técnicas fisioterápicas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos".

Gainera, baieztapen hau ere aurkituko dugu lehenengo kapituluaren 2/2 artikuluan Fisioterapeuten Elkargoko estatutuetan eta beraz, legeak babestuta, haurdun dagoen emakume baten prestaketa fisikoaren eskubidea defendatu beharko genuke.

Beste herrialde batzuetan, Belgikan adibidez, erditze-ko unean lankide guztien artean fisioterapeuta bat aurkitzen da. Nahiko urrun gaude errealitate honetatik, baina gure bete-beharrak dauzkagun eskubideak defendatzea.

Beraz, artikulua aldizkari honetan argitaratutako beste baten bigarren zatia da. Aurrekoan, erditu aurreko ariketak eta prestaketa komentatu genituen baina honetan erditzean eta erditu ondorengo aldietan sakonduko dugu.

Lehenik eta behin, oso garrantzitsua da **zabaltze aldian** lagungarriak izan daitezkeen jarrera batzuk azaltzea. Aldi honetan, oinarritzko bi helburu daude: Mina murriztea eta pelbisa lasaitzea eta erlajatzea, uteroaren zabaltze zuzena lortzeko. Hau bizkarhezurraren luzaketen bidez lortuko dugu eta horrela minaren jatorritik (uterotik) urrunduko gara. Argazkietan, jarrera adibide batzuk ikusten ditugu.



Zabaltze aldi honen iraupena oso aldakorra izan daiteke eta bukatu eta gero, **umea kanporatzeko aldia** ailegatu da. Frogatu da gure arbasoek aukeratzen zituzten jaiotza emateko posizioak gaur egun erabiltzen duguna (buruz gora) baina fisiologikoagoak zirela.

Hau esanda, erditzeko oso komenigarriak diren hiru posizioak aipa ditzaket:

1. Kukulbilko, gehieneko flexioak sahiesten, pelbisa blokea ez dadila. Aulki berezi batzuek, lurretik 25-30 cm. tara kokatzen direnak, jarrera egokia eta fisiologikoa ahalbidetzen dute. Gainera, emakumeak bere bikoteari helden bazaio, sabelaren transberso gihar uzkuordura lortuko du eta gihar hau erditzearen momentuan laguntzaile garrantzitsua izan daiteke.
2. Lau hanketan, erditzeko jarrera egokiena da. Mugimenduen askatasun handia lortzen da eta mugimendu hauek asimetrikoak izan daitezkeenez, erditzea errezagoa izango da.
3. Ezkerreko aldean etzanda, beti izango da alde honen gainean kaba zainaren konpresioa saihesteko. Eskualdeko hanka kuxin baten gainean ipintzen, barneko errotazioa lortzen da. Ezkerreko hanka eta eskuineko besoa luzatuta kokatzen dira eta horrela uzkuordura bat heltzen denean bultzatzeko prest egongo da. Bultzada hauek diafragmaren funtzioa deuseztatzen dute eta sabelaren transversoaren uzkuordura errazten dute.



Hainbat ospitaletan, ezinezkoa da erditzeko posizioa aukeratzea, amari hankak pernera batzuen gainean ipintzen dizkiotelako (buruz gora etzanda). Baina posizio honi buruzko puntu batzuk kontuan hartu behar ditugu:

1. Bizkarraren hiperlordosia sahiestu behar da, hau da, bizkarhezurra esku-oherearen kontra ondo bermatuta egoteko beharra dago, 90-100 graduko flexioa eta pelbis erretrobertsioa egiten aldi berean lortuko dugu.
2. Aldakak, barneko errotazioan egon behar dira izkioneak ondo irekitzeko eta iliakoak ondo ixteko eta horrela nutazio mugimendua lortuko da.
3. Bizkarhezurraren luzapenak sabelako transberso giharren ekintza errazten du eta emakumeak perneren kontra bultzatzen ala atzetik dagoen bere mutilari eusten helburu hau lortuko du.

Laburbilduz, erditzeko momentuan egokiena izango litzateke posizioa aukeratzea. Mugimendu asimetrikoak bilatu behar izango genituzke umetxo "desmoldatzeko" baina gure gizar-tean erabiltzen den posizioa oso simetrikoa da.

Bukatzean, aurreko artikuluan aipatuta egon arren, gustatuko litzaidake komentatzea oso garrantzitsua dela pujo fisiologikoa lortzea (arnasbotatzea gelditzen). Lehen aipatutako hiru posizioetan pujo hau fisiologikoki sortzen da baina buruz gora, orde, komenigarria da alde aurretik entrenatzea. Frogatu da, arnasa hartzeko ohiko pujoa orain azalduko baina kaltegarriagoa dela pelbisaren giharrei kalte egiten dielako. Pujo fisiologikoa egiteko momentuan, eskuen bidez bultzatu behar da emakumearen belauen kontra edo eserlekuen kontra eta kokotsa sartzen, burua ondo bermatuta egotea lortuko dugu.

artikuloak

24-48 ordu erditu ondoren, fisioterapeuta bat emakume erdi-berriaren ondoan egotea oso zaila da, lehen aipatu dudanez, hori bakarrik gertatzen da beste herrialde batzuetan. Horregatik, haurdunaldian ariketa fisikoak irakatsiz gain, aholku batzuk eman behar izango lizkiegu erditu ondoren kontuan hartzeko:

Lehenengo 6 orduetan komenigarria da ohetik ez altaxtea eta hankak lotuta izanik atsedean hartzea.

6 ordu eta gero, dutxa bat hartzeko altxa daiteke eta korridoretik modu lasaian ibili daiteke baina beti denbora asko zutik egoten sahiesten, kaltegarria izan daitekelako.

24 ordu erditu ondoren, oso baliogarria da Kegel ariketak egiten hastea pelbisaren giharrak uzkuertzen: 4 segundu uzkuertzen eta 4 segundu erlajatzeko gihar motelak lan egiteko eta segundu bat uzkuertzen eta 2 segundu erlajatzeko gihar azkarrak lan egiteko. Hasieran, 20-30 errepikapen egiten dira baina 48 ordu eta gero, uzkuerturak gehitu ditzakegu. "Stop pipi" ariketa baliogarria da emakumeak pelbis uzkuertura nabari dezala baina ez da komenigarria askotan errepikatzea txisa egiteko erreflexua deuseztatu daitekelako.

Pelbis erretrobertsioa egiten arnasketa ariketak egin behar dira sabelako transberso giharra indartzen laguntzen dutelako eta derrigorrezkoa izango da ere, zirkulazio ariketak egitea. Ariketa guzti hauek oso errezak dira eta erditu eta gero lehenengo unetik egin daitezke.

Aldi honetan, ahalegin bat egin baino lehen, adibidez, estul egin edo pisu bat hartu, pelbisa uzkuertzen irakastea oso garrantzitsua da, hau da, ahaleginari aurreratzea.

Batzuetan, pelbisa oso minbera dago hematomen ondorioz eta horregatik iskionen gainean esertzea (pelbis anteber-tsioa egiten) flotadore gainean baino egokiagoa izango da.

Sabelako faxak ez dira komenigarriak, sabelean hiperpretsioa sortzen dutelako eta gainera sabela ez dute gutxitzen.

Arazoak agertuz gero, adibidez: sakroiliako edo koxiseko minak, pubis diastasia edo neurologiko kalteak emakumeak fisioterapeuta batengana joateko beharra dauka. Lehen aipatu dugunez erditu eta gero laguntzeko, gure herrialdeko ospitaleetan fisioterapeutak ez daudelako.

Hilabete bat erditu ondoren, klase bat antolatzea komenigarria izango litzateke beste aholku batzuk emateko:

- Ohiko abdominal ariketak eta saltoak egitea kaltegarria da pelbis giharrak ondo mantentzeko. Hauen ordez, sabela gutxitzeko, Marcel Caufriezen asmatutako "Gimnasia Hipopresiba" guztiz baliogarria da. Gimnasia honen helburua sabelaren barneko pretsioa gutxitzea da, diafragma igotzen eta erlajatzeko. Honen bidez transberso eta oblikuo giharrak indartzea lortzen da eta pelbisa hobetzeko balio dute. Ariketak hasteko jarrera asko daude baina guztien oinarria berbera da: bizkarhezurra luzatuta, pelbisa erretrobertsioan, belaunak pixka bat makurtuta, orkatilak eta eskumuturrak buruz gora makurtuta eta eskapulak ondo finkatuta serrato handiaren uzkuertura egiten (ukondoak irekitzen). Teknika ondo egiteko arnashartze/arnasbotatze normalak erabiliko ditugu eta diafragma igo behar da baina arnasa hartu gabe. Honen bitartez, arnasabotatze-ko apnea lortuko dugu.

- Ariketa hauek kaltegarriak izan ahal direnentzat, ondokoak dira:
 - Haurdun daudenak
 - Arterio-presioa altua daukatenak
 - Bihotz arazoak jasaten dituztenak
 - Arnasketa patologiak dituztenak



- Gimnasia hau praktikatuz gain, gomendatzen da hurrengo giharrak indartzea: perieskapularrak, pektoralak eta ipurmasaileko giharrak. Gainera, komenigarria da Kegel, arnasketa eta zirkulazio ariketak egiten jarraitzea eta batez ere, eguneroko bizitzaren ekintza guztietan jarrera ohitura onak hartzea.

12 aste erditu eta gero, eta ginekologoak lehenengo miaketa egin ondoren, fisioterapeuta batek emakumeari pelbisa miaketa egin beharko lioke giharrak aztertzeko. Baina hiru hilabete-ko epea bete behar da, baieztatzeko zauriak sendatu direla.

Fisioterapeutak pelbisa hondatuta dagoela aurkitzen badu, "masaje perineal" erabiliko du episiotomia orbaina bereziki tratatzen. Gainera, aparatu batzuen bidez giharrak bizi-tuko ditu eta pelbis lanaren kontzientzia hartzeko, barneko dispositiboak erabiliko ditugu: Txinako bolak, educator, pyrex hodiak eta epino.

Gainera, emakumeak sexu harremanak mantentzean mina jasaten badu 5% lidokaina hartzea gomendatzen da. Hala ere, ez da komenigarria ariketa fisikoa egiten hastea amagandiko edoskitze aldia bukatu arte.

Bukatzeko, idorreri buruzko zenbait puntu komentatzea gustatuko litzaidake, erditu eta gero emakumeen 35% idorre arazoak izaten direlako. Frogatuta dago valsalva ahaleginak pudendo nerbioari kalte egiten diotela. Kaka egiteko jarrerarik egokiena, hau izango da: Aldaken flexioa 90 graduko baino gehiago izango da (oinen azpian aulkitxo bat ipintzen lortuko dugu) eta gorputz-enborra 80 gradu aurrerantz makurtuta. Jarrera honetan bizkar hezuraren luzapena egingo dugu eta gure eskuak belaunak bultzatzen dituztelarik, sabela barrurantz sartuko dugu arnasbotatzea gelditzen.

Aholku erabilgarriak idorrea sahiesteko hauek izango dira:

- Jateko ordutegi zehatz bat izatea
- Likido asko edatea
- Ariketa fisikoa egitea (amagandiko edokitze aldiaren baka-rik ibiltzea)
- Zuntza asko hartzea
- Estreseko egoeraetan erlajatzeko metodoak bilatzea
- Laxanteak hartzea (amagandiko edoskitze aldiaren sahiesten)

Hala ere, fisioterapeutak idorre desagertzen lagun dezake, kanpoko teknikak erabiltzen, adibidez, "fascia iliaka" tentsioa gutxitzen edo barneko teknikak erabiltzen, hau da, bagina atzeko aldetik aztertzen fekaloma bat kentzeko.

Leire Neches Arrieta. Fisioterapeuta 398 Zb.

TABLÓN DE ANUNCIOS

Se vende material de fisioterapia seminuevo en muy buen estado. Todo a mitad de precio por cambio de actividad:

- Ultrasonidos Enraf-Nonius: Sonopuls 590 (1 MHz y 3 MHz), con 2 cabezales de tratamiento 5 cm² y 0.8 cm², con su libro de instrucciones.
- Autopasivos de hombro, Enraf-Nonius.
- Tracción cervical y sacos para ello, Enraf-Nonius.
- Jaula Rocher (con extensión lateral para autopasivos de hombro desmontable) y todos los accesorios de la jaula y camilla para jaula acanalada de madera de haya, Enraf-Nonius.

Posibilidad de venta de los artículos por separado.

Persona de contacto: Elurtza Etxebeste. Tel: **608 773 399**.

Email: elurtza@hotmail.com

Se busca fisioterapeuta con experiencia en dirección para llevar un negocio o para traspasarlo por motivo de salud. Centro de fisioterapia ubicado en Castro Urdiales, con cartera de clientes e ingresos demostrables, equipado con 3 cabinas de fisioterapia con aparatología y máquinas de rehabilitación. Interesados llamar al tlf. **619 443 713** y preguntar por Juan Carlos.

Se vende material de centro de fisioterapia por jubilación.

- 2 aparatos de tracción cervical
- 3 camillas
- 2 bancos de Colson
- 2 microondas
- 1 ultrasonido
- Mobiliario de despacho

Precio a convenir. Para más información e interesados, contacten en el tlf. **609 41 32 03**

Por jubilación, se vende o traspasa consulta de fisioterapia en Amorebieta-Etxano, amplia y completamente equipada. Interesados/as llamen al **94 620 27 16** (Julen)

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. Podéis mandar vuestros anuncios a: comunicacion@cofpv.org

Se traspasa consulta en el Bajo Deba. Inmejorable ocasión: único centro de fisioterapia en la localidad, planta baja, obra reciente. Consolidado y en crecimiento, seguros y privados. Precio: 16.000 euros (30.640 euros facturados en 2010). Contacto: otsabide@bizkaia.eu

Se venden equipos de fisioterapia en perfecto estado:

- Onda corta Enraf Nonius con 2 circuploides y con silla de tratamiento.
- Micro ondas Enraf Nonius
- 2 lámparas de infrarojos Enraf Nonius
- Camilla 3 secciones Enraf Nonius Manumed
- Láser Enraf Nonius M1 con 2 pares de gafas

Precio: 9000 €

jonathangaston7@hotmail.com

Fisioterapiako materiala salgai, egoera onean:

- 2 gorputzeko metalezko kamilla finkoa, 150 €
- ASA laserra, 600€ -Enraf TENS portatila, 60€

Kontakturako telefonoa: **669 058 033**

Vendo banco de cuádriceps e inquitibiales en perfecto estado, comprado hace 4 años y prácticamente sin usar. Tiene dos brazos para trabajo de ambas piernas con 7Kg en pesos (2 pesos de 2Kg, 2 pesos de 1Kg y 2 pesos de 0,5Kg). 1000 €.

info@fisioterapialegarra.com

Se vende camilla de rpg, en buen estado. 3 años de antigüedad. 1500 euros.

Ponerse en contacto en el número de teléfono **945008 962** o vía mail en igaro@igaro.net

Se vende camilla de madera de Enraf Nonius para electroterapia o masaje. En buen estado. 100€. Tlfs. **626 69 20 30 / 94 427 17 88** (José Antonio)

Fisioterapeutei zuzendutako ondasunak eta gauzak saldu edo erosi nahi dituzuen guztiok Iragarki Taula erabil dezakezue EFEO-ren webgunean. Horrez gain, zuen iragarkiak bidal ditzakezue helbide honetara: comunicacion@cofpv.org



GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVA PARA CENTROS

fisioterapeutas - osteopatas - rehabilitadores

www.fisioclic.com



Actuación del fisioterapeuta durante el parto y en el Puerperio.

Leire Neches Arrieta. Fisioterapeuta 398 Zb.

La actuación del fisioterapeuta en cuanto a la preparación de los ejercicios maternos pre y postparto está defendida en los Estatutos de los trabajadores de la Seguridad Social, en el capítulo 70 de la sección 5: "Son funciones de los fisioterapeutas la aplicación de tratamiento por medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: Eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: Respiratorio, parálisis cerebral, neurología y neurocirugía, reumatología, traumatología y ortopedia, coronarias, lesiones medulares, **ejercicios maternos pre y posparto** y cuantas técnicas fisioterápicas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos"

Asimismo, también nos podemos encontrar esta defensa en el capítulo 1, artículo 2/2 de los Estatutos del Colegio de Fisioterapeutas, por lo que amparados por la ley, deberíamos defender este derecho de realizar la preparación física de la mujer embarazada.

En otros países como Bélgica, el fisioterapeuta se dedica a esta preparación e incluso es un miembro sanitario más que ayuda a la mujer en el momento del parto. Nosotros estamos bastante lejos de esta realidad, pero creo que es nuestro deber luchar por hacernos un hueco en este mundo de la fisioterapia obstétrica.

Por tanto, como segunda parte del artículo que escribimos en una edición anterior de esta revista sobre la Fisioterapia en el Embarazo, he decidido realizar otro con el fin de completar éste y señalar otros aspectos importantes sobre los que puede actuar un fisioterapeuta en las clases pre y posparto.

En primer lugar, sería muy importante explicar ciertas posturas que pueden ayudar a la mujer en la fase de dilatación. En esta fase, buscamos dos objetivos fundamentales que son la disminución del umbral doloroso de las contracciones y flexibilizar y relajar esa pelvis para que se produzca una correcta dilatación de la matriz y prepararla para el momento del parto. Los ejercicios se basarán en un estiramiento de raquis y de éste modo estaremos logrando apartarnos del foco doloroso de la contracción que es el útero. En las fotos, podemos observar algunos ejemplos de posturas:



Por otro lado, después de esta fase de dilatación que puede tener una duración muy variable, llegará la **fase expulsiva** que es el momento en el que la mujer tendrá que concentrar

todos sus esfuerzos en intentar que su bebé salga. Para ello, en las clases de preparación al parto se pueden dar una serie de consejos y enseñar qué posturas serían facilitadoras para lograr su objetivo.

Nuestros antepasados daban a luz en diferentes posiciones que se alejan mucho de la que normalmente se suele adoptar hoy en día. Pero se ha comprobado que muchas de estas posturas eran mucho más fisiológicas que la que actualmente se emplea, que es el decúbito supino.

Si a la parturienta le dieran la posibilidad de elegir, existen una serie de posturas muy buenas como son:

- De cuclillas, pero sin realizar una flexión máxima de caderas porque esto bloquearía la pelvis. Existen unas sillas especiales, que se elevan unos 25-30 cm del suelo y que permiten una posición adecuada y fisiológica. Sería adecuado, combinar una suspensión de la mujer agarrando a su pareja, de éste modo está realizando un estiramiento de los rectos abdominales y se está facilitando una contracción del transversal del abdomen al que se le puede designar como músculo "paridor".

- A cuatro patas, que sería la postura más eficaz para la mecánica del parto. En esta posición tenemos una gran libertad de movimientos, lo cual nos permite desmoldear al bebé realizando movimientos asimétricos de la pelvis en un sentido y en otro. De éste modo, el bebé "cae" siguiendo la dirección del canal del parto y existe un mayor control y menor daño del suelo pélvico.

- Decúbito lateral izquierdo, siempre se realizará sobre este lado para evitar la compresión de la vena cava. La pierna derecha descansa sobre un cojín en rotación interna y la pierna izquierda y el brazo derecho están estirados, preparados para realizar un empuje cuando llegue una contracción. De este modo, este empuje contralateral de las extremidades anula la función del diafragma y favorece el reflejo de contracción del transversal profundo del abdomen que como ya hemos comentado antes, es el músculo "paridor". Además, conseguiremos un agrandamiento del estrecho inferior que es lo que necesitamos para que el bebé salga.



En muchos hospitales, no se puede elegir la postura para dar a luz ya que te colocan desde un principio tumbada boca arriba con las piernas sobre unas perneras. Pero es muy importante que en esta posición, la futura madre tenga una serie de aspectos en cuenta:

- La espalda debe estar bien apoyada sobre la camilla, es decir, hay que evitar una posición de hiperlordosis lumbar. Realizando una retroversión de pelvis junto con una flexión de piernas de unos 90 a 100°, conseguiremos esta posición facilitadora.

- Las caderas deben estar en rotación interna lo cual facilita la apertura de los isquiones y el cierre de las alas ilíacas lo cual es esencial para que se de ese movimiento de nutación final de la pelvis.

- El estiramiento del tronco, favorece la acción del transverso profundo, músculo "paridor", por lo que la mujer debe tratar de conseguir éste estiramiento, bien empujando contra las perneras con sus brazos o bien "colgándose" de su chico que le sujetará por detrás.

En resumen, en cuanto al parto se refiere lo ideal sería que la mujer eligiera la postura. Además, la asimetría favorece el parto y ayuda al "desmoldeo" del bebé por lo que sería conveniente adoptar este tipo de posturas que nos ayudan a movilizar la pelvis y que nos permiten realizar movimientos asimétricos. La postura ginecológica que habitualmente se utiliza en nuestra sociedad impone una simetría.

Por último, aunque éste aspecto ya fue mencionado en el artículo anterior, destacar las ventajas de realizar un pujo fisiológico en espiración frenada de tal manera que expulsas el aire por la boca pero frenándolo con los labios. Este pujo aparecerá en las tres primeras posturas que he comentado de forma fisiológica, pero en la postura de decúbito supino será conveniente ensayarlo, realizando una espiración frenada con los labios, es decir, ayudándote de la emisión de un sonido para conseguir este freno. Se ha comprobado que este pujo es menos dañino para el suelo pélvico que el pujo tradicional, que implica un empuje en apnea inspiratoria. Es muy importante señalar, que en este pujo fisiológico las manos deben empujar contra el asidero o las rodillas de la mujer y la cabeza debe mantenerse bien apoyada en la mesa y la barbilla debe mirar hacia el esternón.

En cuanto al **postparto** se refiere, podemos hablar de un puerperio inmediato que serán las primeras 24/48 horas después del parto. Durante este período, es muy difícil que haya un fisioterapeuta en el hospital junto a la parturienta, ya que como he comentado anteriormente, eso sólo ocurre en algunos países, por lo que durante las clases pre-parto habrá que orientar a la mujer sobre ciertos consejos a seguir en esta etapa:

- Las primeras 6 horas es conveniente que la mujer no se levante de la cama y que repose con las piernas juntas.

- Una vez pasado este tiempo, se puede levantar a duchar, ya que muchas de ellas tienen ganas de asearse e incluso pueden dar pequeños paseos por el pasillo, pero siempre evitando pararse ya que la bipedestación prolongada puede ser perjudicial.

- Es conveniente que a las 24 horas, la mujer comience a realizar ejercicios de Kegel que consisten en una contracción del suelo pélvico. Para trabajar la musculatura lenta se realizarán 4 segundos de contracción y 4 segundos de relajación y para trabajar la musculatura rápida se recomienda realizar 1 segundo de contracción y 2 segundos de relajación. Al principio, será conveniente realizar una contracción discre-

ta, unas 20-30 veces al día. Pasadas las 48 horas, se podrá aumentar este número de contracciones al día, realizando series de 10, se puede llegar a realizar hasta 60 contracciones al día. En cuanto a este trabajo perineal, es muy importante señalar que es conveniente evitar el ejercicio del "stop pipi" que sólo será un ejercicio útil para que la mujer tome conciencia de la contracción del suelo pélvico, pero no será conveniente realizarlo repetidamente ya que puede inhibir el reflejo miccional.

- Los ejercicios respiratorios realizando retroversión de pelvis así como los ejercicios circulatorios también serán muy convenientes. Los primeros nos ayudarán a fortalecer el Transverso Profundo del Abdomen y los segundos serán indispensables para conseguir un buen retorno venoso. Son ejercicios muy sencillos que la mujer también puede realizar en estas primeras horas después del parto.

- En éste período, es muy importante enseñar a la mujer a realizar una anticipación al esfuerzo, es decir, a realizar una contracción del suelo pélvico anterior a esfuerzos como toser, coger un peso u otras situaciones que puedan dañar esta musculatura pélvica.

- Además, a veces, el suelo pélvico está tan dañado, dolorido e incluso con grandes hematomas, que es importante evitar sentarse en flotadores que a veces se recomiendan, ya que tiran excesivamente de la parte en la que se han dado los puntos. Es mucho mejor enseñar a la mujer a sentarse sobre los isquiones realizando una anteversión de pelvis, hasta que en un periodo de una semana, vayan disminuyendo los síntomas.

-Por último, señalar que las fajas abdominales pueden parecer una solución para reducir esa tripita que siempre queda después de dar a luz, pero en realidad, al quitar la faja, la tripa seguirá estando ahí y lo único que conseguiremos será crear una hiperpresión abdominal que no nos ayudará en nuestro objetivo.

-Durante el período intrahospitalario, si hubiera un fisioterapeuta al lado de la mujer, debería valorar y actuar en macrolesiones como diástasis de pubis, coxigodinas, dolores sacroilíacos y lesiones neurológicas pero como ya he comentado anteriormente en nuestro país no es así, de tal manera que cuando las mujeres llegan a su casa y siguen con estos malestares es cuando se dirigen al fisioterapeuta a que les solucione el problema.

Al de mes y medio del parto, sería conveniente organizar una clase post-natal en la cual se realizarán una serie de recomendaciones, algunas de las cuales ya hemos comentado, y en la que se enseñará a la mujer que una gimnasia precoz, intempestiva, con abdominales tradicionales, saltos, etc. resultará nociva para las estructuras del suelo pélvico.

Por tanto, para reducir la tripa, lo mejor será enseñar la práctica de GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA según técnica de Marcel Caufriez. El objetivo de esta gimnasia es hacer descender la presión intraabdominal, haciendo ascender y relajar el diafragma. Se conseguirá un trabajo de reforzamiento del Transverso Profundo Abdominal y de los Oblicuos y de éste modo una reeducación y profilaxis de las disfunciones del suelo pélvico. La técnica consiste en partiendo de la postura que proceda (M. Caufriez propone varias posturas), se realiza una inspiración/espiración normales y a continuación se procede a un simulacro de inspiración con ascensión de la cúpula



diafragmática (apnea espiratoria). La mayoría de las posturas tienen como base la autoelongación (estiramiento del raquis), retroversión de pelvis, discreto flexo de rodilla, flexión dorsal de tobillos y muñecas y fijación escapular realizando una contracción del serrato (intentar llevar los codos hacia fuera).



- Las contraindicaciones para la realización de la Gimnasia Hipopresiva son:

- Hipertensión arterial
- Patologías respiratorias
- Cardiopatías
- Embarazo

Además de la práctica de esta gimnasia, se aconsejará la práctica de ejercicios periescapulares, trabajo de pectorales y glúteo mediano ya que las solicitaciones de éstos músculos para la nueva madre serán muy frecuentes. Se seguirá insistiendo en la práctica de ejercicios respiratorios, circulatorios y de Kegel y por supuesto se hará incapié en una correcta HIGIENE POSTURAL en las actividades de la vida cotidiana.

A las 12 semanas del parto, será conveniente realizar una exploración del suelo pélvico a la mujer por parte de un fisioterapeuta especializado. Esto es algo muy importante, ya que el parto es muy lesivo para el periné y la musculatura de esta zona, debería ser tratada por un fisioterapeuta como cualquier otra musculatura del cuerpo. Eso sí, siempre respetando estos tres meses para dejar que los músculos vayan recuperándose y las heridas vayan cicatrizando poco a poco y la mujer ya haya sido valorada por su ginecólogo.

Si existe una lesión de la zona, será necesario un tratamiento fisioterápico que consistirá en un trabajo manual con masaje perineal para flexibilizar la zona y tratar la cicatriz de la episiotomía, electroestimulación funcional con aparatos, utilizaremos un trabajo de biofeedback para que la mujer tome conciencia del trabajo de esta musculatura y para ello podremos emplear unos dispositivos intracavitarios como las bolas chinas, el educador, los tubos de pyrex y el epinó o

aparatos de electroterapia que le ayudan a la mujer a recibir esta información. Además se puede enseñar una serie de posturas facilitadoras para la corrección de prolapsos como la cuadrupedia, en el caso de que los hubiera.

Además de todo lo comentado anteriormente, se informará a la mujer sobre el inicio de las relaciones sexuales, ya que si existe dolor se aconsejará utilizar lidocaína al 5%, siempre que el hombre se coloque un preservativo. Se orientará hacia un reinicio de la actividad deportiva de forma progresiva y preferiblemente post lactancia. Y por último, insistir en esa integración del suelo pélvico en las actividades de la vida diaria.

Para finalizar, me gustaría comentar algunos puntos importantes sobre el estreñimiento, ya que el 35% de las mujeres son estreñidas en el postparto. Está demostrado que esfuerzos defecatorios en valsalva pueden dañar al nervio pudendo. Será necesario, buscar una posición correcta que facilite la defecación alineando los ejes de la ampolla rectal y el canal anal. Esta posición será sentada con una flexión de caderas superior a los 90° (para ello podemos colocar una banqueta baja debajo de nuestros pies) y el tronco inclinado hacia delante unos 80°. A partir de esta posición, se realizará un estiramiento de columna empujando con las manos contra las rodillas y meteremos la tripa realizando una espiración frenada y/o bloqueada (si mantenemos la boca abierta se mantendrá el periné abierto). Podemos ayudar también realizando un "desmoldeo" del bolo fecal, con movimientos del culete sobre la taza del baño.

Se podrán dar además, una serie de consejos para evitar este estreñimiento como llevar un orden horario en las comidas, realizar una alta ingesta de líquidos, realizar bastante actividad física (durante la lactancia, bastará con caminar), llevar una dieta rica en fibra y buscar métodos para relajar las situaciones de estrés. Será importante educar el reflejo defecatorio e ir al baño con completa tranquilidad e intimidad. En el caso de que la mujer lleve dos o tres días seguidos sin ir al baño, se aconseja el uso de laxantes pero nunca por vía oral durante la época de lactancia.

Por último, señalar que el fisioterapeuta también puede ayudar a mejorar el estreñimiento con ciertas maniobras externas para eliminar la tensión de la fascia ilíaca o internas como el masaje perineal insistiendo en la parte posterior de la vagina, donde puede haber algún fecaloma que se podrá movilizar.

Leire Neches Arrieta. Fisioterapeuta 398 Zb.

iragarkiak

ELKARGOKIDEAREN BUZOIA

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

Os presentamos la 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 BERRIAK / NUEVOS COLEGIADOS

Oharra: 2011ko Ekainaren 27tik Irailaren 19a arte 70 elkargokide berri izan ditugu.
Gaur egun, Elkargoan 1780 elkargokide zarete.

Nota: Desde el 27 de junio de 2011 hasta el 19 de septiembre ha habido 70 nuevas colegiaciones.
Actualmente, el Colegio cuenta con 1780 colegiados.

Araba

2042	Estibaliz	Angulo Diaz	2095	Idoia	Toro Ibargüen
2043	Sigrid	Gorospe Ezcurra	2096	Xabier	del Hierro Artola
2046	Ainara	Martínez Sagredo	2097	Olaia	Churruca Goiti
2063	Endika	Blas Colmenero	2099	Jone	Candina Onaindia
2069	Endika	Martín Guinea	2100	Diana	Pérez Guzmán
2071	Naiara	Becerra Fernández de Lapeña	2102	Borja Kerman	Tosantos Rocandio
2077	Itsaso	Matías Romero			
2083	Saray	Marijuan Rivacoba			

Gipuzkoa

Bizkaia

1726	Eder	Carrasco Díaz	2038	Jaume	Ubago Alós
1786	Jone	Ansategui Echeita	2045	Lide	Cenzano Arbide
2037	Edorta	Ansoleaga Unibaso	2048	Intza	Etxeberria Agirrezabala
2039	Ione	Amezaga Bidarte	2049	Judith	Murillo Fernández
2040	Janire	Sánchez Uribarren	2051	Leire	Alfonso Ortega
2041	Saioa	Fernández Cabello	2052	Nadia	Díez Corbella
2044	Iñigo	Gurturbai García	2057	Nora	Sáez Zamora
2047	Laura	Alonso Fernández	2058	Lara	Velasco Uranga
2050	Keltse	Arce Usunaga	2061	Itsaso	Olasagasti Ruiz de Gauna
2053	Íñigo	Muñecas Rodríguez	2062	Esther	Fernández Grande
2054	Olaiz	Hurtado de Saratxo Vidal	2067	Irati	Lizarraga Pello
2055	Itziar	Elorza Mulas	2068	Claudio	Sancha Baquero
2056	Laura	Líbano Blanco	2070	Beñat	Blazquez Berasarte
2059	Daniel	Cuervo Aranzabal	2076	Aitziber	Larrañaga Martínez de Lahidalga
2060	Virginia	De Frutos López	2078	Irati	Lebrón Oliván
2064	Sandra	Martínez Pérez	2079	Uxue	Urkiola Gamarra
2065	Natalia	Vitoria Neches	2080	Myriam	Amunarriz Esuain
2066	Celia	González Ugarte	2081	Jon	Ugartemendia Ugalde
2072	Iciar	Martínez Madrid	2082	Jokin	Berra Sandin
2073	Gentzane	Molinuevo Vallejo	2084	Rosa	Maita Parada
2074	Ander	Cuesta Paredes	2087	Daniel	Sanles San Juan
2075	Mikel	Azcarate Martínez	2090	Ainhoa	Mugica Azurmendi
2085	Alazne	Bilbao Etxebarria	2091	Josune	Lizarribar Artegoitia
2086	Xavier	Arreguy	2092	Asier	Urquidi Letona
2088	Irene	Legarreta Burón	2093	Núria	Gómez Valdes
2089	Amaia	Augusto Nazabal	2098	Jon	Garmendia Izaguirre
2094	Naroa	Beaskoetxea Benitez	2101	Peru	Alustiza Lasa
			2103	Ainara	Icardo Iriarte
			2104	Juncal	Jiménez Ocasar



OFERTAS DE EMPLEO

ARABA

Centro de fisioterapia de Vitoria-Gasteiz, necesita fisioterapeuta con experiencia en Pilates. Enviar curriculum vitae al email jrof1980@gmail.com

Se necesita fisioterapeuta en Vitoria con conocimientos en fisioterapia neurológica (Bobath) y/o terapia manual. Mandar curriculum vitae a info@neufisfisioterapia.com

BIZKAIA

Se necesita fisioterapeuta que tenga disponibilidad horaria y pueda desplazarse a un centro residencial sito en Barakaldo. Preferentemente profesionales de la localidad. Llamar por las tardes a partir de las 17.30 al **944 386 456** o al **610 018 346** o bien enviar mensaje para iniciar contacto a txaromaniega@hotmail.com

Se necesita fisioterapeuta autónoma para turno de mañana a partir de Octubre, para cubrir baja maternal, interesad@s enviar CV a rehabilitacionareeta@hotmail.com

Centro gerontológico Igurco-Bilbozar precisa completar puesto vacante de fisioterapia. Media jornada ampliable a jornada completa en breve. Contrato indefinido. Incorporación inmediata. Interesados ponerse en contacto en el teléfono **946 792 741** (preguntar por Mario) o mediante correo electrónico a malvarez@igurco.es

Se precisa fisioterapeuta para jornada de tarde en Bilbao. Se valorará experiencia y conocimientos de Pilates. Interesados enviar C.V. a monica@akilesfisioterapeutas.com

Se necesita fisioterapeuta para cubrir plaza vacante para consulta privada en margen derecha. Se valorará formación y conocimientos en terapia manual, osteopatía, así como experiencia. Régimen de Seguridad Social. Abstenerse no residentes en Bizkaia.

Enviar CV a: ofertafisioterapeuta@hotmail.com

Centro geriátrico TRUIUONDO-Zamudio ofrece puesto de fisioterapeuta a media jornada. Interesados mandar CV a naguspea.zamudio@gmail.com a la atención de Izaskun Pérez o contactar por teléfono en horario de atención al público de 9:00 a 13:00 y de 15:30 a 19:30 para concertar entrevista al **946 575 500**.

GIPUZKOA

Se necesita fisioterapeuta para centro privado de San Sebastián. Media Jornada (tardes). Interesados/as mandar curriculum vitae a: irecondo@hotmail.com

OTRAS OFERTAS

Se buscan fisioterapeutas para trabajar en Francia. Interesados contacten con: y.brugos@laborare-conseil.com

Estamos buscando fisioterapeutas españoles para trabajar en Francia. Zoltan HAGYAK (Responsable de Recrutement). Email: zhagyak@club-internet.fr

INFORMACIÓN SECRETARÍA

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

• El horario de Secretaría es:

Lunes: de 12.30 a 21.00 horas

Martes a Jueves: de 8 a 14.00 y

de 15 a 17.30 horas

Viernes: de 8 a 14.30 horas

• La cuota colegial del primer semestre de 2012 se pasará a lo largo de la primera quincena del mes de enero de 2012.

• Está disponible en nuestra página Web la Solicitud de Traslado de Expediente, para los/as colegiados/as que vayan a trabajar a otra Comunidad por un período de tiempo superior a 6 meses. Para tramitar la Solicitud de Traslado de Expediente, debéis rellenar la ficha y mandárnosla por correo ordinario junto con el carné colegial.

Cualquier consulta no dudéis en llamar al 94 402 01 55.

Maite Redondo y Gentzane Txurruka
Administración del COFPV

Elkargokide hori:

Administraziotik hauxe gogorarazi nahi dizugu:

• Idazkaritzako ordutegia hau da:

Astelehenean: 12.30etatik 21.00etara

Asteartetik ostegunera:

8.00etatik 14.00etara eta

15.00etatik 17.30etara

Ostiralean: 8.00etatik 14.30etara

• 2012ko lehenengo seihilekoari dagokion elkargokide kuota 2012ko urtarrilaren lehenengo hamabostaldian helaraziko zaizue.

• Eskura dago gure Webgunean Espediente Aldaketaren Eskaera, 6 hilabetetik gorako denboraldi batez lanera beste Erkidego batera doazen elkargokideentzat. Espediente Aldaketaren Eskaera tramitatzeko, fitxa bete eta posta arruntaz guri igorri elkargoko txartelarekin batera.

Edozein kontsulta dela, ez egon zalantzan eta deitu 94 402 01 55 telefono zenbakira.

Maite Redondo eta Gentzane Txurruka
EFEOeko Administrazioa

Se busca fisioterapeuta con experiencia en dirección para llevar un negocio o para traspasarlo por motivo de salud. Centro de Fisioterapia ubicado en Castro Urdiales, con cartera de clientes e ingresos demostrables, equipado con 3 cabinas de fisioterapia con aparatología y máquinas de rehabilitación.

Necesaria experiencia para llevar negocio con 2 empleados/as, pedir información en tel.: **615 540 554**





Tus manos te pueden abrir muchas puertas. De cara al futuro, estudia Grado en Fisioterapia

El ritmo de la vida actual demanda cada vez más fisioterapeutas, una necesidad que ha impulsado el desarrollo de diferentes áreas de aplicación y de técnicas avanzadas que hoy ocupan un lugar destacado en los estudios de Grado en Fisioterapia de la **Universidad Europea de Madrid**.

Con un plan de estudios internacional, planteamos un programa eminentemente práctico, impartido por los mejores profesionales de las distintas disciplinas, en las que podrás especializarte: Fisioterapia Manual, Infantil y Neurológica.

Grados

- Grado en Fisioterapia
- Doble Grado: Fisioterapia + Podología
- Doble Grado: Ciencias de la Actividad Física y del Deporte + Fisioterapia
- Grado en Fisioterapia para Diplomados en Fisioterapia (Curso de Adaptación)

Másteres Universitarios

- Terapias Manuales. Fisioterapia Manual Ortopédica
- Terapias Manuales. Fisioterapia Osteopática
- Técnicas Avanzadas en Fisioterapia para la Mujer
- Fisioterapia Neurológica
- Técnicas de Fisioterapia Avanzada para Pacientes Oncológicos
- Fisioterapia en el Dolor Craneofacial y Disfunción Cervicocraneomandibular

Cursos de Experto

- Drenaje Linfático Manual
- Fisioterapia en el Agua y Balneoterapia
- Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología
- Fisioterapia Estética
- Fisioterapia Manual Ortopédica
- Puntos Gatillo y Dolor Miofascial
- Terapia Miofascial

Facultad de Ciencias de la Salud
Campus de Villaviciosa de Odón

Infórmate
902 23 23 50 uem.es



**Universidad
Europea de Madrid**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

Pensada para el mundo real



MANIPULACIÓN-TRACCIÓN DE LAS EXTREMIDADES Y COLUMNA. TÉCNICAS BÁSICAS DE THRUST. FISIOTERAPIA MANUAL. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO ARTICULAR BÁSICOS. VOL. III

Kaltenborn, F., Kaltenborn, T., Vollowitz, E.

ISBN-13: 9788461304790

Publicado: Noviembre 2009

Edición: 1ª

Idioma: Español

Páginas: 108

Peso: 1.000 gramos

Dimensiones: 17 x 24 x 1 cms.

Editorial: OMT España

DESCRIPCIÓN

- Freddy M. Kaltenborn fue el primer clínico que integró la teoría y la práctica de la medicina ortopédica con la práctica de la osteopatía. Durante más de cinco décadas ha instruido a innumerables médicos, quiroprácticos, osteópatas y fisioterapeutas en sus métodos de tratamiento manual. Kaltenborn ejerció como fisioterapeuta y educador físico en su nativa Noruega, fue certificado en medicina ortopédica, enseñó como profesor de osteopatía en EEUU, y fue profesor de quiropraxia en Alemania.
- Kaltenborn escribió este manual para estudiantes iniciales de manipulación. Es un volumen complementario para sus clásicos manuales sobre Fisioterapia Manual que introdujeron a miles de clínicos de todo el mundo en las bases prácticas de la movilización articular.
- Los estudiantes deberían introducirse en las técnicas seguras de manipulación tempranamente en su educación clínica básica de modo que tienen una oportunidad para desarrollar la "cabeza y las manos" para estas técnicas durante muchos años. En el pasado Kaltenborn sólo enseñó técnicas de manipulación a terapeutas experimentados en un ámbito clínico debido a las precauciones sobre la seguridad del paciente. Ahora, tras décadas de refinamiento de la técnica y experiencia en la enseñanza, Kaltenborn ha desarrollado técnicas de manipulación efectivas que son seguras para presentar en un ámbito didáctico también.
- Las técnicas de manipulación de Kaltenborn aplican un thrust de tracción después de que el slack haya sido tensado linealmente desde la Posición de Reposo Actual de la articulación. Estas técnicas son seguras tanto si se aplican por terapeutas experimentados o por manos inexpertas. Este manual básico presenta las técnicas de manipulación-tracción de Kaltenborn para las extremidades y la columna. Cada manipulación se presenta en un lenguaje simple y preciso reforzado por numerosas fotografías claras con el característico sello de Kaltenborn de conjunción de la anatomía funcional para la práctica clínica. La primera edición de Fisioterapia Manual, Volumen III: Manipulación-Tracción es parte de la serie de libros de Kaltenborn que incluye Fisioterapia Manual, Volumen I: Extremidades y Volumen II: Columna.

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

Explicando el dolor

Butler D.

Año: 2010

Idioma: Español

Editorial: NOIGROUP PUBLICATIONS

Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento

Sahrmann, S.

Edición: 1ª

Año: Diciembre 2006

Idioma: Español

Editorial: PAIDOTRIBO

Cefalea tensional de origen cervical. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

Fernandez, C., Arendt-Nielsen, L., Gerwin, R.

Edición: 1ª

Año: Octubre 2010

Idioma: Español

Editorial: ELSEVIER

Latigazo cervical, cefalea y dolor en el cuello. Orientaciones para las terapias físicas basadas en la investigación

Jull, G.

Edición: 1ª

Año: Abril 2009

Idioma: Español

Editorial: ELSEVIER

Columna cervical: evaluación clínica y aproximaciones terapéuticas. Vol. I

Torres, R.

Edición: 1ª

Año: Mayo 2008

Idioma: Español

Editorial: PANAMERICANA

Columna cervical: síndromes clínicos y su tratamiento manipulativo. Vol. II

Torres, R.

Edición: 1ª

Año: Mayo 2008

Idioma: Español

Editorial: PANAMERICANA

Las cadenas fisiológicas.

Tratamiento del cráneo. T. V.

Busquet, L.

Edición: 2ª

Publicado: Octubre 2010

Idioma: Español

Editorial: PAIDOTRIBO

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

Gracias por vuestra colaboración.

Soluciones que van allá

Oferta exclusiva para
Colegiados



UN SEGURO DE AUTO⁽¹⁾ DISEÑADO PARA TI

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

Además, tendrás coberturas

EXTRA PARA COLEGIADOS

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

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

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

Llama ahora al
944 354 600
e infórmate

Teléfono exclusivo
para Colegiados
comercializado
por SegurMec



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



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

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