

elkarberri

67

V Premios Euskadi de Fisioterapia

Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
del País Vasco



Euskadiko
Fisioterapeuten
Elkargo Ofiziala

enero - marzo 2020 / Ejemplar gratuito
2020ko urtarrila - martxoa / Doako alea

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

próximos cursos

datozen ikastaroak



PILATES SUELO PARA FISIOTERAPEUTAS II EDICIÓN

otsailaren 21 - Donostia - San Sebastián - 21 de febrero

INTRODUCCIÓN AL MÉTODO GDS

otsailaren 28 - Bilbao - 28 de febrero



INDUCCIÓN MIOFASCIAL NIVEL I

martxoaren 6 - Vitoria - Gasteiz - 6 de marzo

IKASTARO
HASIA
CURSO
COMENZADO

FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA: EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO. III. EDICIÓN

martxoaren 13 - Donostia - San Sebastián - 13 de marzo



SPINE & CONTROL: ABORDAJE CLÍNICO DEL DOLOR CERVICAL Y CEFALEA. II EDICIÓN

martxoaren 23 - Bilbao - 23 de marzo



CONTROL MOTOR Y DISFUNCIÓN LUMBOPÉLVICA. INTEGRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CON EL TRATAMIENTO. II EDICIÓN

apirilaren 24 - Bilbao - 24 de abril

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

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

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

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



Leire Peña

Vocal del COFPV
EFEO-ko batzordekidea

editorial

editoriala

muchas veces no se es consciente de lo que realmente se quiere estudiar, en la mayor parte de las ocasiones por desconocimiento.

En nuestro caso, lo que se suele tener claro es que queremos ayudar a las personas y hacer todo lo que esté en

nuestras manos para aliviar sus dolencias. La carrera nos abre las puertas a un nuevo mundo de técnicas, ejercicios, razonamientos clínicos... y empezamos a orientar nuestra "fuerza" / capacidad.

Luego llega el momento de acceder al mundo laboral. Por un lado, un mundo con cada vez más competencia y en el cual se nos exige una actualización y una formación continua. Por otro lado, empezamos a sentir esa "fuerza" / empatía en nuestro trato con los pacientes, lo que nos permite ajustar los tratamientos de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo en cada caso particular. Este

es el punto en el que si podemos ver a todas esas individuos que tratamos como personas, no como enfermedades, entonces hemos logrado que nazca esa "fuerza" / vínculo fisioterapeuta-paciente, de vital importancia en nuestra profesión.

Los años nos van aportando madurez, somos capaces de aprender de los errores cometidos, variar los tratamientos según van apareciendo investigaciones que avalen esas nuevas técnicas y la "fuerza" / experiencia va ganando peso en nuestras actuaciones. A la vez, vamos siendo conscientes de nuestros límites y por supuesto de nuestra enorme "fuerza" / potencial que es lo que nos permite cada día enfrentarnos a nuevos retos con prudencia, optimismo y luchando cada día para que esa "fuerza" / tesón siga creciendo en todos nosotros y nos llene de felicidad.

¡Que la fuerza de la Fisioterapia te acompañe toda la vida!

El Despertar de la Fuerza

Hace unos años se publicó un estudio que concluía que los fisioterapeutas éramos los terceros profesionales más felices. Es difícil cuantificar la felicidad que te aporta un trabajo pero es evidente que hay factores que hacen que nos sintamos orgullosos de nuestra labor diaria.

¿Cuál es esa "fuerza" que nos mueve para conseguirlo? En el momento en que tenemos que elegir una carrera,

Indarraren Esnatzea:

Duela zenbait urte argitaratu zen fisioterapeutok hirugarren profesionalik zoriontsuenak garela ondorioztatu zuen ikerketa bat. Zaila da lanak ematen digun zoriontasuna kuantifikatzea, baina argi dago egunero egiten dugun lanaz harro sentiarazten gaituzten zenbait faktore daudela.

Zein da hori lortzera garamatzen "indarra"? Ikasketak hautatu behar ditugunean, askotan ez daukagu argi zer ikasi nahi dugun, eta gehienetan ezjakintasuna egoten da ziurgabetasun horren atzean. Gure kasuan, argi izan ohi dugu pertsonak lagundu nahi ditugula, eta gure esku dagoen guztia egin nahi izaten dugu besteen minak arintzeko. Fisioterapiako Graduak ateak irekitzen dizkigu, besteak beste, teknika, ariketa

eta arrazoiketa klinikoak betetako mundu berri batera, eta horri esker, gure "indarra" / gaitasuna bideratzen hasten gara.

Beranduago, lan-mundura sartzeko momentua dator. Batetik, gero eta lehia handiagoa dago mundu horretan, eta, beraz, ezinbestekoa da etengabe eguneratzea eta prestakuntza jasotzea. Bestetik, "indarra" / enpatia hori sentitzen hasten gara gure pazienteekiko tratuan, eta horrek aukera ematen digu tratamenduak kasu jakin bakoitzaren beharrianetara egokitzeko. Puntu horretan, hain zuzen, lortuko dugu gure lanbidean ezinbestekoa den fisioterapeuta eta pazientearen arteko "indarra" / lotura hori sortzea, pazienteak pertsona gisa, eta ez gaixotasun gisa, ikustea lortzen baldin badugu.

Urteek heldutasuna ematen digute; gai gara egindako akatsetatik ikasteko, tratamenduak aldatzeko teknika berriak berresten dituzten ikerketak kaleratzen diren neurrian, eta, beraz, "indarrak" / esperientziak gero eta pisu handiagoa du gure jardunean. Aldi berean, gero eta argiago daukagu non dauden gure mugak, baita gutako bakoitzak daukan "indarra" / potentziala ere. Horixe da, hain zuzen, egunez egun erronka berriei zuhurtiaz eta optimismoz heltzea ahalbidetzen diguna, egunero borrokatuz "indarra" / irimotasun horrek gudan hazten jarraitu eta zoriontasunez bete gaitzan.

Fisioterapiaren indarra bizitza osoan zehar izan dezazula lagun!

sumario

aurkibidea

2

cursos
ikastaroak

3

editorial
editoriala

4

noticias
berriak

12

artículo
artikuloa

20

asesoría jurídica
aholkularitza juridikoa

22

anuncios
iragarkiak

26

colegiados
elkargokide

Presidencia y Dirección Lehendakaritza eta Zuzendaritza
Iban Arrien Celaya

Coordinación Koordinazioa:

Comisión Comunicación, Publicidad y Protocolo

Realización y Maquetación Gauzatzea eta Maketazioa

J&J Creativos

Fotografía Argazkigintza

ORO

Edita Argitalpena

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco

Publicación trimestral Hiruhilabeteko argitalpena

3.160 ejemplares

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

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

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

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

Ejemplar gratuito para distribuir a los/as colegiados/as
Elkargokidei emateko dohainezko alea



Asamblea General

Se aprobaron por mayoría los Presupuestos Generales 2020

El pasado 14 de diciembre se celebró en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa la última Asamblea del año 2019.

Una vez aprobada el acta de la anterior Asamblea, las diferentes comisiones expusieron las actividades más destacadas del 2019, como algunas propuestas previstas para el nuevo año 2020.

En primer lugar, Iban Arrien, Presidente del COFPV, expuso un resumen pormenorizado de lo que, desde la Junta de Gobierno, se identifica como "escenario actual de la Fisioterapia en Euskadi y en el Estado".

Tras la intervención presidencial, Edorta Ansoleaga, Vocal III de la Junta de Gobierno, resumió las actividades realizadas desde la Comisión de Intrusismo así como de Asesoría Jurídica, destacando que Intrusismo continuará su labor a través de diferentes campañas de sensibilización ciudadana con el objetivo de dignificar la profesión y combatir el intrusismo profesional en Fisioterapia, mientras que Asesoría Jurídica seguirá con su labor, entre otros, de vigilancia, control, apoyo e información.

Tras el compañero Edorta, Andrea Scolari, Vocal I de la Junta de Gobierno, presentó el Plan Estratégico de



Comunicación para 2020, destacando los siguientes aspectos:

- Mantenimiento en 2020 de la Campaña "12 Meses 12 Consejos de Salud", campaña para sensibilizar a la ciudadanía mediante videoconsejos de las ventajas de la Fisioterapia.
- Potenciación de las RRSS colegiales
- Mantenimiento formato Día Mundial de la Fisioterapia tras el éxito de 2019.

Seguidamente, Leyre Peña, Responsable de la Comisión de Formación, Docencia





e Investigación, resumió los cursos realizados en 2019, haciendo hincapié en aquellas formaciones programadas que finalmente no pudieron realizarse por falta de alumnado, así como los distintos proyectos formativos previstos para 2020, de los cuales pueden destacarse los siguientes:

- Soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática.
- Biomecánica del ciclismo para fisioterapeutas.
- Curso básico Basale Stimulation.
- Pilates Básico.
- Introducción al método GDS.

Una vez finalizada la Comisión de Formación, Andrea Scolari retomó la palabra para presentar las actividades más destacadas de las comisiones de Dependencia, Discapacidad y Servicios Sociales y de Deporte, Deporte Adaptado e Inclusivo.

Tras esta intervención, Edurne Andueza, Tesorera del COFPV, expuso un resumen de las cuentas colegiales presentando a su vez, los Presupuestos Generales para 2020, que fueron aprobados por mayoría y cuyos aspectos más destacables son:

- Sostenimiento de las campañas, proyectos y políticas contempladas en el Plan Estratégico 2018-2022.



- Se sostiene la apuesta firme por mantener la llamada Plataforma del conocimiento. Una plataforma digital de conocimiento que permite el acceso libre e ilimitado de todo el colectivo a varias decenas de libros técnicos y a diez revistas digitales de alto impacto.
- Mantenimiento de la partida dirigida a subvencionar aquellos Proyectos de colaboración y/o solidarios en los que sean protagonistas nuestros/as colegiados/as.

Llegado el momento de ruegos y preguntas, fueron varias las consultas que surgieron y que los representantes del COFPV se comprometieron a consultar y, en su caso, a solucionar.

Por último, desde el COFPV queremos agradecer la asistencia a todas las personas que acudieron a la Asamblea y aprovechamos estas líneas para invitaros a participar de manera activa en las propuestas del Colegio.

Consejo de Redacción

Por último, se aprobaron las cuotas colegiales y matrícula para el año 2020.

30 JORNADAS DE FISIOTERAPIA

6 Y 7 DE MARZO DE 2020

SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL Y PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN



ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA DE LA ONCE

Universidad Autónoma de Madrid



Tel.: 91 589 45 00 • www.once.es/euf

[f escuelauniversitariafisioterapiaonce](https://www.facebook.com/escuelauniversitariafisioterapiaonce)

grupo social **ONCE**



Entrega de los V Premios Euskadi de Fisioterapia



El pasado día 14 de diciembre se celebró en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa la entrega de galardones de la V Edición de los Premios Euskadi de Fisioterapia.

Como padrinos de excepción para esta ocasión, el COFPV contó con la presencia de D. Jon Etxeberria Cruz, Delegado Territorial del Departamento de Salud en Gipuzkoa, y Dña. Inmaculada Moro, Subdirectora – Asesora de Enfermería y Fisioterapia de Osakidetza, detalle que habla de la relevancia que poco a poco van teniendo estos Premios en la agenda sanitaria de Euskadi.

Cabe destacar que los galardonados fueron seleccionados por un Jurado especializado elegido para la ocasión y que los trabajos presentados tuvieron un gran nivel, por lo que la elección resultó compleja.

Esta iniciativa, surgida en el año 2015, tiene como principal objetivo dar a conocer el gran trabajo que se realiza diariamente en nuestra profesión, no solo en lo que se refiere a la relación diaria con los pacientes, sino también al tiempo dedicado a la investigación, a la promoción de la salud y a los estudios de grandes profesionales del campo de la Fisioterapia para contribuir, todos juntos, en la mejora de la calidad de vida y de la salud de las personas.

En esta edición, se estrenaba una nueva categoría titulada Empresa Amiga de la Fisioterapia que pretende reconocer a

las empresas vascas que, sin pertenecer al ámbito de la Fisioterapia, la fomentan.

Por tanto, las categorías que, en conjunto, recogen los diferentes ámbitos en los que se desarrolla el trabajo de la Fisioterapia fueron las siguientes:

- Mejor pieza comunicativa sobre Fisioterapia
- Premio Empresa Amiga de la Fisioterapia
- Premio al mejor Trabajo Fin de Grado
- Mejor fisioterapeuta
- Premio a la Investigación
- Mejor trayectoria profesional en Fisioterapia

En primer lugar, Iban Arrien, Presidente del COFPV, realizó la presentación de esta Edición de los Premios, destacando la importancia de los mismos para visibilizar la Fisioterapia, y a todos los profesionales que, directa o indirectamente, la fomentan.

Igualmente, tanto la Sra. Moro como el Sr. Etxeberria, destacaron en sus intervenciones la relevancia de la Fisioterapia en el conjunto de la sociedad vasca.

Premio a la Mejor Pieza Comunicativa sobre Fisioterapia



Comunicar la labor que realizan los profesionales de la Fisioterapia resulta

esencial para que la población tome conciencia y comprenda la importancia de su aportación como profesionales sanitarios en beneficio de la salud y del bienestar de las personas.

Por ello, este premio reconoce la inestimable aportación que los medios de comunicación realizan para que consigamos transmitir nuestros objetivos de información y sensibilización.

En esta edición, el premio recayó en la emisora Onda Vasca por su excelente cobertura de aspectos relacionados con la Fisioterapia. Recibió el premio el director de la Emisora, Ángel López.

Premio Empresa Amiga de la Fisioterapia



Esta categoría fue a parar a la Federación de Consumidores de Euskadi por el apoyo y la difusión de campañas del COFPV, siendo el presidente de esta Federación, Jon Ariño, quien recogió el galardón.

Premio al Trabajo Fin de Grado

Este premio, que pretende reconocer a los nuevos profesionales que se incorporan a nuestra profesión, fue a para a Iñigo Pérez García por su



trabajo “Estudio de los Trastornos Músculo-Esqueléticos más comunes en músicos de orquesta”. Al encontrarse Iñigo fuera de Euskadi por motivos laborales, el Premio fue recogido por sus padres.

Premio al Mejor Fisioterapeuta



Este Premio, que distingue a fisioterapeutas que han constituido una referencia o modelo a seguir durante el año, se entregó ex aequo a dos compañeros castellano leoneses centrados en la Atención Primaria y dedicados a la investigación en el campo de las Neurociencias. Ellos son: Federico Montero y Miguel Ángel Galán. El proyecto y las investigaciones de ambos constatan la necesidad de integrar la actividad fisioterapéutica en un marco primario de atención.

Premio a la Investigación



El trabajo de investigación es uno de los pilares fundamentales para desarrollar,

avanzar y consolidar la Fisioterapia como disciplina sanitaria.

En esta ocasión, el galardón, dotado con 1000€ y una beca de investigación de 500€, correspondió a Ane Arbillaga por su trabajo “Determinantes de completar y obtener respuesta a una intervención de 12 meses de actividad física en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Un estudio de cohorte”.

Premio a la Mejor Trayectoria Profesional en Fisioterapia

Para finalizar, se otorgó este galardón que pretende reconocer a la persona que ha dedicado toda una vida de trabajo a la Fisioterapia.

La ganadora de esta edición, empezó su trayectoria en 1976 como fisioterapeuta en el Centro Intermutual de Archanda desempeñando el cargo de jefe de Fisioterapia desde 1982 a 1985, año en el cual comenzó a trabajar en el Hospital de Galdakao donde desde 1991 es Jefe de Fisioterapia.

Docente en la Escuela de Fisioterapia del Hospital Civil de Bilbao, impartiendo clases teórico-prácticas durante el curso 1978-1979, docente en el curso de “Manejo de Enfermos”, dentro del Programa de Formación para el Personal no Sanitario de Osakidetza desde el año 1994 al año 2006 y Vocal del Consejo Técnico y del Consejo De Dirección del Hospital de Galdakao desde el 10 de

abril de 2002 así como colaboradora en la elaboración del II Plan Estratégico del Hospital de Galdakao 2005 – 2009.

Por todo lo anterior, el Jurado decidió otorgar este Premio a D^a. Miren Arantza Zabala.

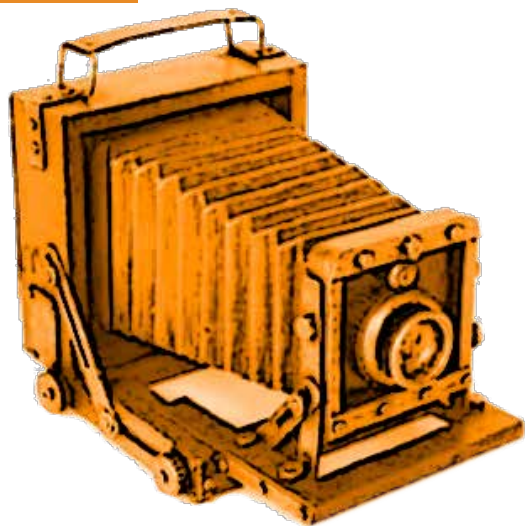


Todos los premiados nos regalaron unas palabras para mostrar su agradecimiento y nos animaron a seguir trabajando en esta, nuestra bella profesión.

Desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas también os animamos a todos para que continuéis con este trabajo tan importante. Nosotros seguiremos con iniciativas como estos Premios de Euskadi de Fisioterapia y esperamos contar con vuestras candidaturas en la Edición de 2020.

Consejo de Redacción





2019 en imágenes



UFA Meeting 2019



I Jornada Autonómica de Atención Temprana
"Nuevos retos" organizada por ATE



Control Motor y Disfunción Lumbopélvica.
Integración de la Investigación con el Tratamiento



Jornada



Inducción Miofascial Nivel I



Desayuno Informativo
Forum Europa



Parte Práctica: Programa Formativo de Actualización
en Ejercicio Terapéutico en Fisioterapia



S



Acuerdo con Euskadi - SATSE



Presentación X Congreso Nacional Interdisciplinar
en Atención Temprana y la traducción del
Libro Blanco en la Atención Temprana



Fisioterapia
y Cuidados



Homenaje a enfermeras y enfermeros jubilados organizado
por el Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa



Charla Colegio
Fisioterapeutas



Atención Temprana
PATPV - EHAGPE



Foro de Debate sobre
Osteopatía - AEF



Colaboración I Día de la
Atención Temprana



Asistencia 50 Aniversario AEF



Jornadas murciano andaluzas de Ejercicio
Terapéutico en Fisioterapia



Taller Método Tapiz Fisor



Jornada Técnica de Atención Temprana
organizada por la Diputación Foral de Bizkaia



Spine & Control: Abordaje Clínico
del Dolor Cervical y Cefalea



Acuerdo de Colaboración
con ZAHARTZAROA



Día Mundial de la Fisioterapia



Atención Temprana en Reanimación
datos Intensivos



X Congreso Nacional Interdisciplinar
de Atención Temprana



Asamblea General del COFPV



Curso Oficial de
Fisiología de Navarra.



Participación en la Asamblea CGCF



Drenaje Linfático Manual. Método Vodder

Nuestro objetivo de 2020: Poner al colegiado en el centro



¿Y si durante 6 meses, al formato formal del Colegio, le añadiéramos un formato informal, en el que la gente pudiera compartir experiencias tanto en la 2.0 como de forma presencial? ¿Lo intentamos?

Te esperamos estando abiertos al diálogo para que podamos definir necesidades, inquietudes, propuestas etc. entre tod@s. Estamos abiertos a lo que surja en unas conversaciones que llevaremos a cabo con el objetivo de crear un sistema y no solo de cumplir unos objetivos. Nos interesa crear espacios, para crear red, para seguir "jugando" el juego, pensando a largo plazo, comprometiéndonos en un proceso que puede ser determinante para el progreso de nuestra profesión, porque en estos tiempos de cambio nos necesitamos y necesitamos aunar esfuerzos.

En la web cofpv2020.webnode.es tenéis más información. Podéis consultar los resultados de los cuestionarios en la fase 1 de la Descripción del proyecto y un resumen de los encuentros que se vayan teniendo en la fase 2

Hemos empezado el año con muchas solicitudes para formar parte de la primera reunión -11 de enero-, pero la gran mayoría de ellas, llegaron fuera del plazo que teníamos estipulado para poder tener maniobrabilidad para gestionar un espacio más amplio.

Optamos por dar permiso a todos los que querían asistir, hasta completar aforo de la Sede Colegial (cerca de 50 fisioterapeutas).

Esperamos aprender la lección por parte de todos para el futuro y por ello, apuntaros a las reuniones cuanto antes llamando a secretaría del COFPV, no porque os vayáis a quedar sin plaza, sino para que podamos lograr mayores espacios de reunión, porque tal vez la Sede Colegial se nos quede pequeña... ¡¡y eso es de celebrar!! Deseamos que no vuelva a suceder, porque queremos que todos los que quieran participar estéis presentes.

Hemos recibido muy buen feedback de la primera reunión (realizada el 11 de enero) y eso nos llena de energía y alegría para seguir adelante. Nos vemos en las siguientes reuniones cuyas fechas están disponibles en la web cofpv2020.webnode.es.

Podéis apuntaros hasta el viernes de la semana anterior a cada encuentro llamando a Secretaría del COFPV, salvo la del 18 de abril (4º foro de los 6 que serán), dado que se realizará después de Semana Santa, cuya fecha límite será el miércoles 8 de abril.

"Nos hemos acercado al Colegio de Fisios, nos hemos acercado entre trabajadores de Osakidetza, hemos puesto ilusión en el cambio y se ha metido de forma muy natural la idea del cambio de paradigma en el dolor crónico. Buena sensación."

"Mis expectativas eran que fuese un espacio de diálogo desde el respeto y

fomentando el crecimiento profesional, y así ha sido".

"Muy positivo. Es un reto juntarnos personas sin conocernos y ponernos a funcionar. Gran trabajo de los organizadores! Gracias!!"

"Me voy con ganas de volver a las siguientes reuniones".

"Pienso que al menos hemos sido escuchados".

"Más participativa de lo que esperaba".

Lo que sí os pedimos es que leáis la web en caso de que vayáis a asistir. Hay fisioterapeutas que tienen intención de venir a las 6 reuniones (¡¡Muchísimas gracias!!) y no queremos ser pesados repitiendo los mismos mensajes. Para ello, necesitamos que acudáis a las reuniones con una lectura previa del material que vamos poniendo en la web y aclararemos dudas de lo que haga falta.

Mostraros nuestro agradecimiento, tanto al COFPV como a los que están participando en este proyecto.

JUNTOS, MEJOR.

Goretti Aranburu y Galder Asensio
Fisioterapeutas colegiados en COFPV





XVI Congreso Nacional de Fisioterapia



El Palacio de Congresos y Exposiciones de Santiago de Compostela albergó los días 8 y 9 de noviembre pasados el XVI Congreso Nacional de Fisioterapia, coincidiendo con la conmemoración del 50º aniversario de la Asociación

Española de Fisioterapeutas (AEF) y el 20º aniversario del Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia (CiFiGa).

Al evento asistimos cerca de 500 profesionales y estudiantes de varias

partes del mundo que pudimos disfrutar y aprender de la mano de más de 40 expertos que nos hablaron de diferentes temáticas relacionadas con la "Cronicidad y Envejecimiento activo".

En palabras de los organizadores, el objetivo del encuentro fue "visibilizar la efectividad y el valor de las intervenciones del fisioterapeuta en la gestión de los procesos patológicos que subyacen en los trastornos crónicos, así como aquellos que se relacionan con el proceso fisiológico de envejecimiento."

Nos fuimos de Santiago con la firme convicción de seguir encaminando nuestras actuaciones para aportar autonomía y funcionalidad en el proceso de envejecimiento, factores indispensables para mantener una adecuada calidad de vida de toda la población.

Consejo de Redacción

Iban Arrien, Presidente del COFPV, elegido Vicepresidente en las elecciones del CGCF

El pasado 23 de noviembre tuvieron lugar las elecciones del Consejo General de Colegios de Fisioterapia, cuyos resultados dieron lugar a un cambio de Junta. Los nuevos cargos electos son los siguientes:

- Presidente:
 - D. Gustavo Paseiro Ares
- Vicepresidente:
 - D. Iban Arrien Celaya
- Secretario General:
 - D. José Casaña Granell
- Vicesecretaria General:
 - D^a. María Blanco Díaz

- Tesorero:
 - D. David Rivera Herrero
- Vicetesorero:
 - D. Santiago Sánchez Cabrera
- Vocal 1:
 - D. Jesús Reyes Cano
- Vocal 2:
 - D^a. M^a Ángeles Ballesta Serrano
- Vocal 3:
 - D. Ramón Aiguadé Aiguadé

Consejo de Redacción



Iban Arrien en el momento de votar

Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de la Cadera del Adulto

Versión “libre” del curso de Benoy Mathew y Glen Robins: “Diagnóstico diferencial y tratamiento de la cadera del adulto”

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

INTRODUCCIÓN

Es frecuente encontrar dolor de cadera e ingle entre la población que practica deporte, en todas las edades y categorías. Es más común en deportes que solicitan pivotar y acelerar, ya sea fútbol, balonmano, hockey, rugby, artes marciales, yoga o ballet. La cadera supone el 6% de las lesiones relacionadas con el deporte, aunque la incidencia va aumentando.

Actualmente sabemos que la especialización en el deporte por debajo de 12 años es un factor predisponente, tanto de lesiones de cadera como de rodilla. No es recomendable jugar a lo mismo más de 4/5 veces/semana por debajo de los 12 años, practicar “multideporte” es la mejor opción. También se sabe que transcurren 4-5 años desde que aparecen los primeros síntomas en la cadera/ingle del deportista, hasta que se transforma en dolor. Los primeros síntomas son rigidez y disminución del rendimiento deportivo. Por lo tanto, como prevención, tenemos dos caminos en los que actuar: una, haciendo multideporte en la infancia/adolescencia y otra, actuando en los primeros síntomas antes de que se desarrolle el dolor.

La cadera se ha convertido en un área de estudio emergente gracias a la mejora en el reconocimiento y diagnóstico de patologías como el impingement femoroacetabular/choque acetabulofemoral (FAI) y los desgarros labrum acetabular (ALT). En la población general, 1 de cada 4 personas tienen FAI asintomático en pruebas de imagen. En los club deportivos profesionales 3 de cada 4 deportistas presentan FAI. Antes de reconocer estos diagnósticos,

el dolor de cadera e ingle era atribuido a contusiones y lesiones musculares, y cuando se atribuía a la articulación de la cadera en sí, era cuestión de “esperar un poco hasta poder poner una prótesis”.

“We propose FAI as a mechanism for the development of Osteoarthritis”.

Reinhold Ganz

Históricamente la causa de la artrosis de cadera era desconocida, ahora se cree que con FAI hay 4 veces más posibilidades de tener artrosis de cadera. Hoy en día, con la artroscopia de la cadera y los diagnósticos de impingement femoroacetabular y desgarró de labrum, se ha abierto una ventana de posibilidades para esta articulación, a la vez que se estima que haya un aumento del 1388% de artroscopias de cadera para el año 2023. Este aumento tiene que ver con que disponemos de una mejor opción quirúrgica (la artroscopia de cadera), con el sobreuso deportivo en la infancia, el aumento de diagnósticos por imagen y un aumento de la demanda física en la población general. Las prótesis de cadera también han mejorado, y eso hace que haya cada vez más prótesis en población alrededor de los 40 años.

Queda mucha investigación que hacer desde la fisioterapia, para saber dónde puede quedar la comparativa fisioterapia vs artroscopia cadera al ganar especificidad en nuestros tratamientos. Sabemos que los diagnósticos de imagen no siempre concuerdan con la presentación clínica de los pacientes. Lo que sí que parece estar claro, es que los cirujanos van actualmente por delante de los conocimientos de los fisioterapeutas y tenemos que “ponernos las pilas”

en investigación de tratamientos más efectivos para esta articulación, con el objetivo de ir mejorando nuestros abordajes y resultados clínicos.

El proceso diagnóstico es complicado porque diferentes patologías tienen clínica similar. Inicialmente, se estima que el 60% de pacientes a los que se les acaba practicando una artroscopia de cadera por FAI, están mal diagnosticados al comienzo. Son frecuentes los diagnósticos erróneos, por aquellos especialistas que no están familiarizados con este síndrome y acaban siendo diagnosticados como osteopatía de pubis, pubalgia, tendinitis de repetición...y las terapias empleadas son ineficaces y frustrantes para el paciente. La realización de un diagnóstico adecuado en el caso del impingement femoroacetabular y/o desgarró de labrum acetabular puede tardar de media, entre 3.1 y 4.2 años.

“El dolor inguinal constituye una de las entidades clínicas más difíciles de diagnosticar y tratar en la medicina deportiva.”

Miquel Dalmau-Pastor, Jordi Vega y Pau Golanó

Autores como Mario Bizzini, han llegado a hablar de “Triangulo de las Bermudas” de la medicina deportiva refiriéndose a los dolores de cadera e ingle; por ser una zona en la que el dolor puede irradiarse tanto de zonas musculoesqueléticas, como de no musculoesqueléticas, por la localización profunda de la articulación de la cadera, por el complejo coxolumbopélvico y por la confusión de terminología de diagnóstico que se ha utilizado en la literatura.



“It's easy to miss something you're not looking for.”

Pete Sullivan.

El abanico de posibilidades que nos lleva a un dolor en cadera/ingle es amplio. La clave del examen físico es descartar las banderas rojas (Fracturas, necrosis avascular, metástasis, tumor. Preguntaremos por historias previas de cáncer, historias de traumas recientes, dolor nocturno, pérdida de peso inexplicable, fiebre, sudores nocturnos, uso prologando de esteroides) para, posteriormente, determinar si el dolor es por patología intra o extraarticular, confirmando siempre que no es un dolor referido desde otra estructura, como la columna (disco, dolor facetario), ASI , el abdomen inferior (gastrointestinal) o el sistema genitourinario.

Patología intraarticular

1. Impingement femoroacetabular (FAI)
2. Desgarros labrum acetabular (ALT)
3. Lesiones condrales
4. Osteoartritis (OA)
5. Displasia cadera (HD)
6. Desgarros ligamento redondo
7. Inestabilidad articular de cadera/laxitud capsular

Patología extraarticular

1. Fracturas por avulsión
2. Radiculopatías lumbares
3. Fractura por estrés de la rama púlica
4. Origen muscular
5. Osteítis de pubis
6. Atrapamiento del nervio

“FAI is not a pathology. It is simply a variation of bony structure. Of the 20% of the population with FAI, only 23% these people complain of hip pain.”

Kem et al, 2012

***ALGUNAS CURIOSIDADES DE LA PATOLOGÍA INTRAARTICULAR ANTES DE EMPEZAR A PROFUNDIZAR EN EL DOLOR DE CADERA/INGLE**

1. El impingement/choque femoroacetabular (FAI) hace referencia a una relación anatómica anormal que origina un conflicto de espacio entre

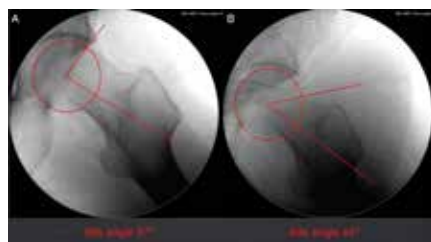


la transición cabeza cuello femoral y el reborde acetabular anterior/posterior. Hay tres tipos de impingement femoroacetabular:

a) PINCER: Es un sobrecrecimiento del borde acetabular (como una visera o toldo) que provoca el roce contra la cabeza del fémur y su cartilago al flexionar y rotar la cadera, provocando la rotura del labrum acetabular y posteriormente las lesiones condrales articulares.

b) CAM: Se trata de un sobrecrecimiento o “giba” en la zona de transición entre la cabeza y el cuello femoral, por lo que al realizar la flexión y la rotación de cadera, esa giba choca o produce un “impingement “ contra el labrum y el acetábulo, provocando con el tiempo , la posible lesión del labrum así como el consiguiente desgaste del cartilago articular.

c) MIXTA PINCER + CAM



2. Para cuantificar el CAM, se utiliza una vista lateral de RMN o Rx y la medición del ángulo Alfa. Se traza una circunferencia que sigue el perímetro del eje de rotación de la cabeza femoral: Donde dicha circunferencia contacta con el borde anterior del cuello femoral, se traza una línea dirigida al centro de la cabeza femoral. Esta línea y el eje cervical forman el ángulo Alfa que en caderas normales es inferior a 50°. En presencia de mecanismos tipo CAM este ángulo

está aumentado y es severo a partir de 78°. En estos casos, pasamos a tener 10 veces más probabilidades de desarrollar OA de cadera.

3. Los deportes rotacionales a la edad



de 10-12 años, hacen que haya una deformidad CAM adquirida gradualmente como protección adaptativa. En en el 90% de los casos, la deformidad CAM es en la zona anterosuperior (que es la zona donde también es más común tener desgarrros en el labrum: fútbol, golf, hockey, baloncesto). Sólo el 10% de las CAM son posteriores, que son los que hacen extensión (ballet, jinetes de caballo etc). Los deportes con menos rotación, como los corredores, tienen bajo riesgo de CAM.

4. El 70% de los FAI son bilaterales en las pruebas de imagen, pero presentan clínica unilateral y no se sabe por qué.

ANATOMY OF THE PELVIS



5. El choque acetabulofemoral tipo PINCER es más frecuente en mujeres de mediana edad, que practican yoga o danza.

6. La deformidad tipo CAM destruye primero el cartílago articular (estructura que no provoca dolor) y luego el labrum (estructura que sí provoca dolor), por lo tanto, ya hay daño antes de que aparezca el dolor en labrum. La deformidad tipo Pincer, primero destruye el labrum, por lo que el cartílago articular no suele estar tan dañado cuando aparecen los primeros síntomas de dolor.

7. La displasia de cadera es más común en mujeres 80%, más en la izda y más en caso de ser primogénita. La displasia de cadera (también conocida como luxación de cadera) es una malformación congénita que se produce cuando la cabeza del fémur del niño/a y el acetábulo no encajan de una forma exacta y rotan en posición incorrecta, se cree que es por la posición dentro del útero. Hay displasias que no se diagnostican de bebé y se vuelven sintomáticas alrededor de los 20 años. La presentación clínica es muy parecida al FAI.

8. El paciente típico con impingement acetabulofemoral es de raza blanca 88%, después la negra 3% y finalmente la asiática <1%.

9. Un aumento de 10° en pelvic tilt anterior, hace que se pierdan 6-9 grados de rotación interna de cadera y es factor predisponente de FAI.



10. El labrum es un anillo fibrocartilaginoso, de 2-3 mm de grosor. En su capa más externa se inserta la cápsula articular y es más fina en su región anterior. No soporta más que el 1-2% de carga en una cadera normal, pero en la displásica soporta del 4 al 11% de la carga. Las causas de la ruptura de labrum son: morfología anormal cadera (El 90% de desgarros labrum están asociadas a Osteoartritis cadera, Impingement femoroacetabular o displasia.), microtraumas, degenerativo, hipermovilidad de cadera.

*ALGUNAS CURIOSIDADES DE LA PATOLOGÍA EXTRAARTICULAR ANTES DE PROFUNDIZAR EN EL DOLOR DE LA CADERA/INGLE

1. Suelen agravarse por la contracción muscular resistida o la palpación localizada.



2. Dolor inguinal: Por adductores (por meter cargas altas en el gimnasio) o por flexores cadera. (+ común).

a) Los adductores e isquiotibiales se trabajan conjuntamente. Habitual tener problemas de adductores en deportes de rotación a contrapié. Es la lesión principal de los futbolistas (Copenhagen add exercise).

b) La disminución de la rotación interna y extensión (consecuencia de patología intraarticular) conlleva muchas veces a un tendón iliopsoas acortado y doloroso. El iliaco, está relacionado con la estabilidad de la cadera y de la zona lumbar y con flexionar la cadera.

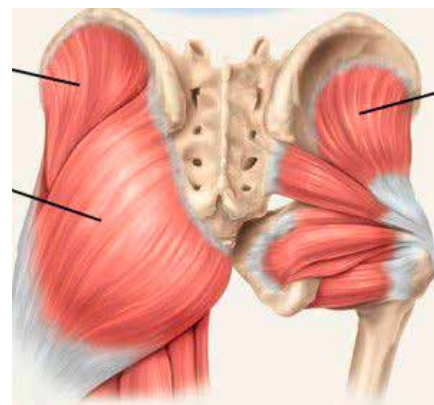
3. Tendinopatías y desgarros glúteo medio (+ común). Refiere a ingle). Más frecuente en mujeres.

4. Distensión del recto abdominal

5. Osteítis de pubis (+ común)

6. Cadera en resorte (externo e interno) (+ común)

7. Pubalgia atlética (hernia deportiva): Están bajando la incidencia. No es tanto una hernia, sino una lesión miotendinosa, por desgarrar del oblicuo externo.



8. Tendinopatía proximal de isquiotibiales (PHT).

9. Síndrome del glúteo profundo: El 20% de la población, presenta una variación anatómica y el nervio ciático les pasa por la mitad del piriforme, teniendo más probabilidades de sufrir el síndrome del glúteo profundo.

10. Dolor referido SIJ, Lx o no musculoesquelético. El 10-15% del dolor crónico lumbar tiene asociada patología en articulación sacroiliaca: postraumatismo, postparto, hipermovilidad, reumatología.

11. Atrapamiento neural

12. Origen uroginecológico: Dolor cíclico, irregular, durante sexo, al toser, reir, saltar, correr, más WC, incontinencia, prolapsos, ovarios poliquísticos, endometriosis.

“En los próximos 4-5 años el tratamiento de la cadera en fisioterapia va a ser cada vez más eficaz gracias a la investigación que se está dando en este campo.”

Benoy Mathew/Glen Robins.

EN PROFUNDIDAD

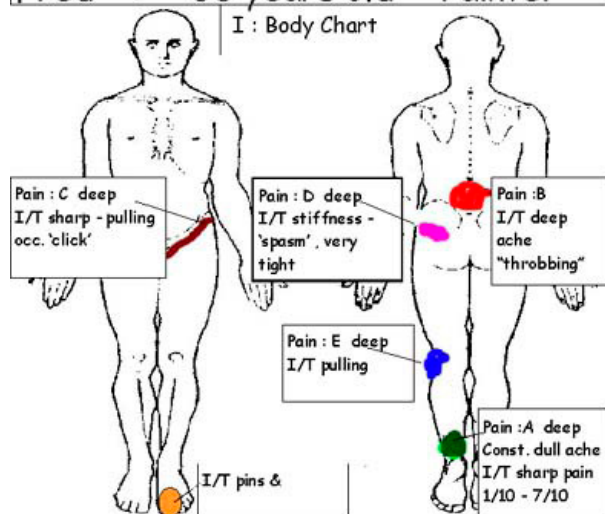
“When you know better, you do better.”

Maya Angelou.

*EXPLORACIÓN SUBJETIVA: EN PRESENTACIONES CLÍNICAS QUE NOS LLEVEN A SOSPECHAR DE PATOLOGÍA INTRAARTICULAR, PENSAR PRIMERO EN OA, LUEGO EN FAI Y FINALMENTE EN DISPLASIA



Fred : 36 years old Painter



a) Extensión cadera limitada (menos en displásicos).

b) Dificultad para hacer retroversión pelvis. Puede ser que los grados de rotación de cadera cambien en supino/prono por la pelvis.

c) Debilidad muscular: glúteo mayor, abd y rot ext (tb en pierna contralateral).

d) Estabilizadores secundarios hiperactivos: TFL, glúteo, isquios, add.

cadera. Evitar estiramientos agresivos. Relacionado con cadera en resorte anterior.

8. Hernia abdominal: Dolor al toser. Operación en 2-3 semanas y ya están jugando. Con tratamiento conservador se tardan mínimo 8 semanas. Dolor suprapúbico, con crunch abdominal hay dolor y en cambios de dirección rápidos tb. Muy raro en mujeres. En futbolistas y golfistas. Dolor quemante (irritación nerviosa). RMN normal. Ecografía dinámica ok.

9. Tendinopatía proximal de isquiotibiales (PHT). En corredores o en flexores de tronco, en los que entrenan en gimnasio con cargas altas, fútbol, hockey, remo, mujeres peri/postmenopáusicas, instructores de yoga. Los isquiotibiales son muy imptes en las actividades de esfuerzo como correr, saltar, escalar. Pueden tener síntomas neurales. Evitar cuestras arriba y flexión de cadera.

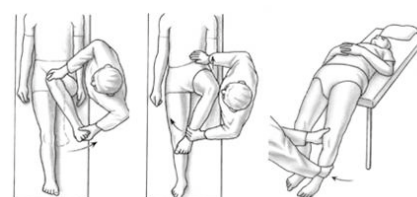
10. Síndrome piramidal/Síndrome glúteo profundo: Más dolor en glúteo que en espalda. Peor en sedestación. (lo que venía llamándose "síndrome del piramidal"). Aumenta dolor subiendo cuestras, aumentando la velocidad, estar sentado menos de 30 min, lunge.

11. Osteítis pubis: Lesión de sobreuso. Por esprintar, chutar. Dolor en el test Squeeze. RMN.

“El dolor de cadera e ingle puede ser desafiante. Es recomendable realizar una exploración física estructurada. Pueden coexistir múltiples patologías. La gran mayoría de los tests de cadera tienen baja especificidad.”

Benoy Mathew

***EXPLORACIÓN FÍSICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR CAPAS**



A la hora de explorar físicamente la cadera, primero hacemos un triaje de

1. OA:

a) OA rigidez matutina o tras reposo, 5-10 minutos, dificultad poniendo zapatos y calcetines.

b) OA responde ok a AI (ibuprofeno), FAI no responde tan bien.

c) OA síntomas suaves, AI es más agudo. Se pierde amplitud articular a la extensión y a la rotación interna de cadera, por esta causa, a veces, van asociados a dolor lumbar unilateral. Dolor inguinal-muslo, dolor dando el paso, cojera, dolor con el movimiento pasivo. La artrosis de cadera por debajo de los 45 años tiene que ver con displasias, Perthes etc, son postraumáticas o por artropatía inflamatoria (artritis psoriásica etc).

2. FAI: "No puedo ver una película", dolor estando sentado (<30min), dolor más agudo que en la OA, no responde a ibuprofeno, cojera leve, restricción a la rotación interna y flex, dolor relacionado con la actividad, dolor profundo de la cadera cuando hacen flexión de cadera, dolor al rotar en carga (salir del coche), Dolor "Signo C": dolor en ingle o cara lateral, que también puede darse en glúteo, lumbar, muslo. Vamos a encontrarnos con dos tipos clínicos de FAI: Impingement ant y post. CAM habitual verlo en hombres, que han hecho mucho deporte entre los 8-18 años y tienen una rotación interna menor de 20° (90% de probabilidades de CAM en Rx). Encontraremos 4 indicadores en el FAI:

3. Displasia de cadera: Dolor cuando anda, cuando corre, cuando está de pie.

4. Ruptura labrum: Hay rupturas estables e inestables. Dolor en ingle y cadera. Dolor en C. Clicks, se engancha. Dolor al sentarse, rotar, pivotar. Irritable, es muy doloroso. Dolor nocturno, pinchazos, se agarran a barandilla.

5. Estenosis lumbar: Dolor glúteo, claudicación, dolor estando de pie, a veces duele y otras no en la movilidad pasiva del rango de movimiento cadera, van inclinados hacia adelante.

6. En tendinopatías abductores, dormir en decúbito lateral, encima del lado afecto, provoca dolor. La cara lateral, puede doler por un dolor referido de trigger point en glúteo o por tendinopatía (los tendones se curan con graded loading). Es muy común que se le llame "trocanteritis" a una tendinopatía glútea. Es muy reactiva y suele haber dolor nocturno. Se agrava andando, escaleras, con compresión en zona, cruzando piernas, salir y entrar del coche. A veces hay dolor lumbar y eeii. Diagnosticado como ciática en un 20-35% de los casos. Suele haber debilidad de musculatura abductora. Quitar el factor compresión es clave. Ligado a sobrepeso y peri-postmenopausia en mujeres. Relacionado con resortes laterales.

7. Iliaco anterior: Dolor y debilidad en flexión cadera. Dolor al estresar la zona (dolor anterior y lateral). Cuanto más rápido corres, más usas la flexión de

las banderas rojas. Para fracturas pelvis, utilizaremos el Patellar Pubic percusión test y el Fulcrum test.

Posteriormente, basándonos en una aproximación sistemática basada en el razonamiento clínico y en el "Concepto por capas", intentaremos determinar la fuente generadora de dolor. Empezamos la exploración por estructuras que provocan menos dolor, para irritar la zona lo menos posible y poder finalizar la exploración de todas las partes que pueden estar implicadas.

1) **CAPA NEUROMECÁNICA:** Las estructuras que valoraremos en esta capa son la mecánica toracolumbar, la mecánica de la extremidad inferior y las estructuras neurovasculares. Funcionalmente, nos fijaremos en el timing y en la secuencia de la cadena cinética.

a) Valoramos la marcha/cojera: Trendelenburg, asimetrías, zancadas largas, con rot int y ext.

b) Diagnóstico diferencial lumbar/cadera: Flex tronco, anteversión-retroversión (en irritables), waiter's bow, standing hip impingement test, flex lumbar + rot int encima silla + overpressure con una mano. Ext tronco, ext tronco sin ext cadera (con un altílo). Rot diferenciación cadera/lumbar tipo Maitland.

c) Diagnóstico diferencial SIJ: Comprimir sacroiliacas y hacer todos los mov: flex, ext, rot.

d) Funcionales: Overhead Squat: Pedir 6 para ver 2-2-2 (lateral, delante, detrás). Si mejora con cuña en pie, hay componente tobillo. El movimiento pasivo del tobillo puede estar ok, pero el patrón de mov no. Empujar con talones al subir del Squat. Valoramos el dolor, el rango de movimiento (con FAI limitada la mov) y el shift (van hacia el lado que no molesta). Single leg stance (apoyo unipodal 30 seg/apoyo unipodal con peso en mano contralateral). Single leg squat (sentado con brazos cruzados). Star Excursión Balance Test. Step down (en un bosu, bajar del bosu). Lateral Step Down (control lumbopélvico o valgo de rodilla dinámico). Rev lunge (ext).

Overhead Lunge Test (para valorar la movilidad de cadera hacia extensión, valorar si se arquea la espalda hacia atrás, hacia flexión o se va la cadera hacia rotación interna). Thomas test (para valorar extensión de cadera, test no fiable si el tilt pélvico no está controlado)

e) Return to play: 3 saltos a la pata coja (lo más que pueda y medir). 3 saltos a la pata coja en lateral (dirección hacia medial de la cadera afecta) y medir. Valoramos la calidad y el rendimiento.

2) **CAPA CONTRÁCTIL:** Valoraremos estructuras musculares que cruzan la articulación de la cadera, los músculos lumbosacros y el suelo pélvico. Funcionalmente nos fijaremos en la estabilidad dinámica.

a) Buscamos estirar la zona, el dolor a la palpación, y la valoración de la fuerza/debilidad/con resistencia. Exploramos como grupo.

b) Adductores: Squeeze test. Miramos la respuesta de los add, en supino, en palanca corta con rodillas flexionadas (con puño, con antebrazo), palanca larga con rodillas extendidas y en máximo rango de movimiento (una pierna colgando de la camilla). Return to play: Piernas paciente supino a 30° flexión cadera y que haga add desde

ahí, con dolor 3/10 ok.

c) Rotadores: En sedestación con cuña entre las piernas o en prono. 10° abd para minimizar TFL. Tb podemos explorar en supino

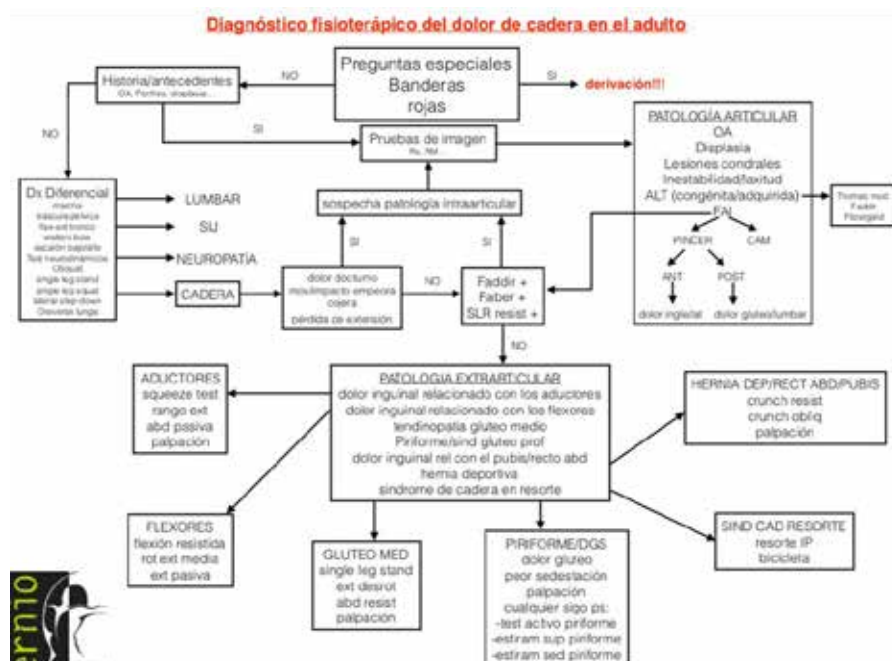
d) Flexores: En posición del Test de Thomas, hacer resistencia a la flexión. Palpación en rot ext y flex 90° de cadera y rodilla (en supino). Ely's test (en la esquina de la camilla, para diferenciar recto ant de iliaco, es específico para recto femoral, vemos la longitud musc)

e) Abductores: Dec lateral: Palpación en glúteo/trocánter. Abd contra R.

f) Hernia: Crunch resistido, crunch oblicuo, palpación.

g) Síndrome glúteo profundo: Pac supino cruzar piernas, estando éstas dobladas. Almeja (3-4 veces). Test compresión: pac sedestación en camilla, fijar eías, rotar int y flexión cadera para estresar el ciático. Neurodinamia para testar ciático.

3) **CAPA INERTE:** Se valoran estructuras como la cápsula, labrum y ligamento teres/redondo. Funcionalmente, valoramos la estabilidad estática. Para laxitud ligamentosa Dial Test y Log Roll test. Tb Test Ligamentum teres tear test.



(El algoritmo es una versión "made in Juanma" basada en el curso de Benoy Mathew y Glen Robins, aunque con ligeras modificaciones para facilitar su uso en clínica)



a) Cápsula: Valorar rotaciones en supino. Mirar tope, si es óseo, la terapia manual no ayuda (sobre todo si es tope óseo en rot int)

b) Labrum: Test Thomas (bajar para ver si notamos click en eias). Test Fadir (Flex, add, rot int + deslizamiento caudal). Si hay dolor nocturno no se aconseja hacer la siguiente maniobra, pero si no lo hay, cuadrante de cadera (cupping) de Maitland: para labrum anterior de flex, abd, rot ext a flex, add, rot int y para labrum posterior rot int, abd, ext a flex, rot ext, add.

c) Cadera en resorte: Resorte anterior: Mov tipo ventilador: Dec supino, test flex, abd, rot int a ext, abd y rot ext. Es una maniobra que puede irritar y convertirse en sintomática. Resorte lateral: Andar en bicicleta hacia atrás.

4) CAPA OSTEOCONDRALE: Valoramos el fémur, el acetábulo y huesos de la pelvis/innominados. Valoramos la congruencia articular.

a) FADIR: flex, add, rot int

b) FABER: flex, abd, rot ext

c) SLR RESISTIDO

d) Vamos a encontrarnos con dos tipos clínicos de FAI: Fitzgerald test: Impingement anterior (Rot int pasiva en 90° flex) e Impingement post (Rot ext pasiva en ext completa).

e) Medir rango de movilidad de la cadera: Paciente en supino, con extremidad inferior a valorar, cruzada, con pie homolateral en rodilla contralateral. Medir distancia desde rodilla a camilla. Si hay más de 8cm de diferencia entre una y otra cadera, hay patología intraarticular cadera.

“No hay exploración física o test, que pueda confirmar o descartar patología FAI ni ALT en la práctica clínica. Son necesarias las pruebas de imagen.”

Reiman et al 2013

***EDUCACIÓN DEL PACIENTE, ESTABLECER OBJETIVOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

El paciente tiene que tener claro que hay que dar tiempo a la recuperación. Benoy y Glenn, suelen ver a los pacientes 1 vez cada 3 semanas. Consideran que puede estar ok verlos 1 vez/semana: no va a haber mejoría en una semana, pero psicológicamente y de cara a la adherencia, esta frecuencia puede ser interesante.

Patología labrum: Lo recomendable es realizar un protocolo de 12 semanas de tratamiento conservador: reposo relativo, medicación analgésica, fisioterapia. El pronóstico depende del tipo de ruptura del labrum (estable/inestable), la morfología ósea (FAI, OA, Displasia) y nivel actividad del paciente. Hay opción artroscopia. El mejor predictor de cómo saldrá la cirugía es la condición pre-cirugía del paciente.

Post artroscopia de cadera: Los protocolos de fisioterapia, deberían estar acordados con el cirujano, ya que cada uno tiene sus preferencias: cuando quitar las muletas, cómo ganar la amplitud articular. Ir en equipo con los cirujanos es clave. 5-6 meses hasta el “return to play”.

En problemas de partes blandas (flexores, extensores, add, abd), para el “return to play” podemos necesitar de entre 3 a 6 meses de recuperación.

***TRATAMIENTO: TERAPIA MANUAL, EJERCICIO, PROGRESIÓN**

ABORDAJE MULTIMODAL: El abordaje ha de ser multimodal: Educación, ejercicios, terapia manual (30-40% del tratamiento, no más), otras.

TERAPIA MANUAL: El dolor y el rango de movilidad de flexión de cadera mejoran tras la aplicación de MWM (mobilization with movement, de Mulligan), la eficacia es de 5 minutos a 72 horas. Habría que aprovechar esa “ventana” para disminuir el miedo y hacer ejercicio. Al relajar la cápsula (que tiene mucha inervación), mejora el dolor y suele haber un aumento de fuerza 60-90° de tracción intermitente). Terapia manual indicada en artrosis, FAI y post-artroscopia. No indicada en hiperlaxitud.

a) Long axis distraction: Cogér de maléolos y hacer tracción. Abd + rot ext, Añadir oscilatorios (van bien para

cápsula), con rodillas en extensión.

b) Caudal glide: Pac supino, rodilla flexionada, estirar con cincha.

c) Anterior glide: Para ganar extensión y rotación externa Paciente prono, medio cuerpo en camilla y eeii en suelo. Cincha en rodilla flexionada, estabilizamos esta posición y hacemos presión anterior en art cadera.

d) Lateral glide: Pac supino, rodilla flexionada, deslizar hacia separar art hacia afuera.

e) PA glide: Paciente en supino. Desde lateral, hacer una PA (y comprobar en pie que la cadera hace una rot int)

***EJERCICIO - PROGRESIÓN**

a) Aductores, iliopsoas, glúteos, isquiotibiales: Hablar de posturas a evitar, en fases iniciales, en la tendinopatía glúteo medio hay que evitar add, en tendinopatía flexores evitar ext, en isquios, evitar flex. Los aductores hay que trabajarlos junto con los abductores para la estabilización de la pelvis. Optimizar la estabilidad pélvica, isométricos, excéntricos, hacer una buena progresión de ejercicios que pueden durar, dependiendo del caso, entre 3 y 6 meses hasta el “return to play”. Therabands, gomas, discos deslizantes etc.

b) Osteítis de pubis: Manejo de carga, disminuir o parar la actividad de deportes de contacto, esprintar, chutar etc. Medicación. Bicicleta/Piscina. Corregir déficits asociados (fuerza add, rango extensión y rotaciones), ir corriendo gradualmente, trabajar aceleración/desaceleración/deporte específico. Se sabe que el trabajo de add, es mejor que el reposo y Us.

Fase 1: Reducir dolor, mejorar ROM, fitness aeróbico, fortalecer add.

Fase 2: Seguir fortalecimiento add, ver déficits asociados, estiramientos globales.

Fase 3: Trabajo add excéntrico.
Entrenamiento deporte específico.
Return to play gradual.

c) Tratamiento conservador de FAI: Educación, modificar actividades (sedestación cadera 3 dedos por encima de rodilla). Evitar squats y rotaciones en carga. Evitar sillas bajas (sofás, coche etc). Evitar ejercicio de almeja/clumps (aumenta tensión TFL), no hacer bridge con pierna extendida (la extensión irrita labrum), evitar flexión y rotación int (que cierra cadera, hay que "abrirla"). Inhibir estabilizadores hiperactivos, ganar rango de movimiento indoloro en extensión y abd. Técnicas para partes blandas (punción seca, terapia manual en lumbar, cadera, SIJ). Automovilizaciones con cincha (hay co-contracción). Hay que considerar hacer una artroscopia si el tratamiento conservador no va ok en 3 meses, persiste el dolor con actividades diarias o hay dolor nocturno y/o dolor tipo latigazo/pinchazos.

d) Artroscopia cadera: Tras cirugía, si el movimiento a 90° flexión cadera es menor de 20-25°: Fracaso de la cirugía.

“The current literature of hip arthroscopy rehabilitation lacks high-quality evidence to support a specific protocol.”

Benoy Mathew

FASE 1: MÁXIMA PROTECCIÓN

6 primeras semanas, proceso cicatrización. Proteger integridad de tejidos reparados, reducir dolor e inflamación, mejorar ROM (recuperar ext y abd), prevenir inhibición muscular, normalizar marcha. Limitar flexión/rot int excesiva de cadera. Trabajar la estabilidad lateral antes de la carga. Inhibir estabilizadores sobreactivos (TFL, Adductores). Puede ser normal dolor en 8 semanas. En 4-6 semanas quitar muletas, 80% ROM recuperado, quitar antiinflamatorios. No poner resistencia a la bicicleta durante primeras 6 semanas.

*Circunducción pasiva cadera para evitar adherencias. Restaurar ROM. Hidroterapia 2 semanas andar en piscina, nadar suave,

ejercicios y luego aqua-jogging belt. Ejercicios: AROM (Active Range of Motion exercises: Tobillo, Heel slide, Pelvic tilt). Activar estabilizadores profundos (Prone heel squeeze, mini bridging, SL hip abd), Isométricos (Gluteos, Quads, Hams), Estiramientos sin dolor (flex, add)

FASE 2: CONTROLAR ESTABILIDAD

Recuperar todo el rango de movimiento. Mejorar control neuromusc, equilibrio, propiocepción. Trabajar core y estabilidad pélvica. Comenzar con ejercicios funcionales. Independencia en las actividades vida diaria.

*Los ejercicios tienen 3 objetivos (impte su realización antes de hacer sentadillas): Ejercicios para rot ext (estabilizadores): dec prono, isométricos talón contra talón, bilateral/unilat 15 seg 7-8 veces. Cuadrupedia, tocar aquiles del otro lado, sedestación con banda, supino con gomas en rodilla y toalla en pie con cadera a 30°-60°-90°, de pie con goma en mediopie, si quieres trabajar izda ir hacia dcha, tipo cangrejo. Mejorar retroversión pelvis: Bloquear pelvis y hacer puente, no juntar rodillas (hacerlo con banda, un poco de abd mejor), empujar talones haciendo puente. Puente con una pierna cogida con las manos. Lo impte es el bloqueo en retroversión, no subir del todo. Para enseñar retroversión supino, cadera y rodilla 90° y pies encima de silla, empujar talones hacia abajo (en la esquina para no activar isquios). Plancha dec prono con retroversion pelvis y levantar una pierna, igual con eeii en silla. Supino marcha en silla (flex cadera y rodilla 90°) y flexionar cadera hacia cuerpo. Trabajar estabilizadores laterales (glúteos). Mejor que almeja, levantar abd y para que no se vayan hacia adelante, poner silla o algo de referencia

FASE 3: PROGRESIÓN: ESTABILIZACIÓN DINÁMICA DE LA CADERA

En esta frase trabajaremos para un control dinámico de la extremidad inferior (bilateral/unilateral), trabajar la musculatura estabilizadora de la cadera, reestaurar la resistencia cardiovascular y hacer actividades lúdicas sin dolor y sin compensaciones.

*Primero haremos ejercicios de reclutamiento máximo y mínima carga: Fortalecer glúteo, ejercicios de mov dinámica de cadera y mejorar CV, Estabilización dinámica de cadera y fuerza global cadera. Incorporar reentrenamiento

de patrones de mov y competencias en los patrones Lunge, Dead-lift, Step up y Squat. Squat siempre último y hacerlos sin dolor. Fortalecer flexiores cadera, en rango controlado, sólo flexión y rot int indolora. Trabajar la estabilidad del tronco. Después pasamos a la fase de carga, en la que los objetivos son trabajar la fuerza del Single leg, Ejercicios dinámicos, power y pliométricos, empezar a correr gradualmente (al de 3 meses). Se trabajará la fuerza funcional, optimizar ratio add-abd, primero trabajar fuerza y después velocidad.

FASE 4: RETURN TO SPORT

Se hará un entrenamiento específico del deporte en cuestión (velocidad, agilidad y equilibrio. FIFA 11+), restaurar power y maximizar la fuerza de pliométricos, correr sin dolor y progresar hacia el esprint, desarrollar un "plan de retorno al deporte" junto con el cirujano. No hacer deportes de contacto en 3-4 meses, los de contacto al de 5-6 meses.

El Screening "Return to Play" tiene que estar ok para volver a practicar deporte con los objetivos de recuperación cumplidos.

MEDICIÓN RESULTADOS

HAGOS, VISA-G, VISA-H, Perth Hamstrings Assessment Tool.

“Strength is the gateway to speed. Have appropriate strength before adding Plyo's or power.”

Glen Robins.

QUÉ NOS LLEVAMOS A LA CLÍNICA

Lo primero que nos toca recordar es que el Ejercicio y la Actividad Física cuando son Terapéuticos son Fisioterapia y que tan solo pueden ser planificados, dirigidos y ejecutados por profesionales sanitarios, los que se reconocen como tales en la LOPS.

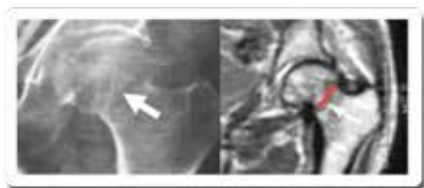




“Los graduados/ licenciados en Ciencias de la Educación Física y Deporte tienen la capacidad y el deber de derivar al deportista lesionado al profesional sanitario que corresponda como son los Fisioterapeutas, los especialistas en Medicina de la Educación Física y el Deporte, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Cardiología etc.”

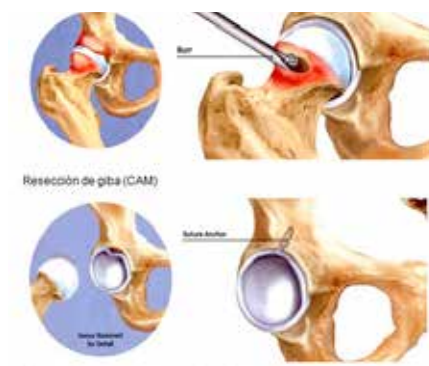
Juan Antonio López Blanco.
Subdirección General de
Ordenación profesional
20-12-2017(Secretaría General de
Sanidad y Consumo del Ministerio
de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad)

1. ONDAS DE CHOQUE: Tras infiltración cortisona, no se pueden dar ondas de choque durante un mes. Las ondas de choque son efectivas en pacientes con tendinopatía crónica de isquiotibiales.



2. MEJORA EN LOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN/ARTROSCOPIA DE CADERA: Clínica no correlación con imagen, pero su desarrollo es el que ha permitido conocer CAM, Pincer etc. Las resonancias 3T tienen el potencial de hacernos ver el impingement

femoroacetabular menos invasivamente. En población asintomática, con imagen, se pudo ver el 69% de desgarros labrum, 20% deformidades óseas y 24% defectos condrales.



3. ARTROSCOPIA DE CADERA: La inyección intraarticular pre-operativa con analgesia es un buen predictor de si efectivamente nos encontramos ante patología intraarticular. La artroscopia de cadera está indicada en lesiones FAI, tanto CAM como Pincer, rupturas del labrum, lesiones condrales, capsula, reconstrucción del ligamento teres, liberación tendón. Cirujanos con mayor número de operaciones cadera/año obtienen mejores resultados, se estima que son necesarias 100 cirugías/año, ya que los que así lo hacen sólo tienen un 3% que van mal. Con 50 cirugías/año, 20% mal. La artroscopia, es un GOLD STANDARD para diagnosticar lesiones de labrum o condrales. No suele haber complicaciones (0.58%). Uno de los argumentos para practicar la artroscopia

es no esperar a tener una mala situación preoperatoria. El 60% de los deportistas, vuelven a la práctica deportiva tras la artroscopia. Peor resultado en presencia de OA, mucho dolor o mucha pérdida de función pre-operatoria, más de 40 años o síntomas que tienen más de 18 meses de duración.

AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN Y FUENTES DE ESTE TEXTO:

1. Versión “libre” del curso “Diagnóstico diferencial y tratamiento de la cadera del adulto”. Gracias al equipo de Igor Sancho Fisiotherapy por la organización de este curso en Donosti (Febrero 2018), con Benoy Mathew y Glen Robins.
2. Objetivos del curso: Ser capaz de examinar de una manera efectiva el complejo coxolumbopélvico, utilizando un conjunto de tests basados en la evidencia, de una forma adecuada y clínicamente razonada.
3. https://www.researchgate.net/publication/267980568_Clinical_examination_and_physical_assessment_of_hip_joint-related_pain_in_athletes
4. https://www.physio-pedia.com/Hip_Mobilizations
5. Ver también LEAP: BMJ. Ensayo clínico de Bill Vicenzino (trocanteritis y dolor lateral cadera).

Juan M^a Morales Aizpun
Colegiada 562 COFPV

Goretti Aranburu Guenaga
Colegiada 15 COFPV

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

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

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

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

Abordaje Penal de Técnicas Manuales en Zonas Anatómicas Delicadas (2019)

Siempre con la cautela debida en atención a la presunción de inocencia y con el máximo respeto y apoyo hacia las víctimas que guía el quehacer diario del COFPV, os trasladamos dos resoluciones judiciales recaídas en el año recién terminado y que son de distinto signo judicial. Una, que se cierra sin más trámite investigador, afecta a un fisioterapeuta (León) y la otra resolución supone una condena de 5 años de prisión, entre otras condenas accesorias, a un quiromasajista (Ciudad Real) en aplicación del art. 181.1 y 4 Código Penal en redacción dada por LO 5/2010, de 22 de junio.

La sentencia Audiencia Provincial de Ciudad Real nº 9/2019 de fecha 14 de Marzo de 2019, esto es la resolución condenatoria tiene, sin perjuicio de opinión mejor fundada, los siguientes puntos de interés extractados en su relato de hechos y en su fundamentación jurídica.

*Que Aida presentaba **una dolencia en el pie izquierdo**¹, consistente en fascitis plantar, por lo que Isidro comenzó masajeando este pie, así como la pierna, comentándole Aida que venía notando días atrás **una molestia en la ingle derecha**, indicándole dónde. Isidro, a la vez que le pidió permiso,*

simultáneamente, le retiró el tanga y, con ánimo libidinoso, comenzó a masajearle el pubis, tocándole con la mano la cara interna del muslo derecho, para acto seguido meterle un dedo en la vagina, a lo que Aida, sorprendida, preguntó si es que notaba algo ahí, contestando Isidro que “ hay muchas zonas internas “, volviendo seguidamente, y con idéntico ánimo lúbrico, a meterle otro dedo en la vagina.

A consecuencia de los hechos, Aida fue derivada a la Unidad de Salud Mental donde mantuvo una única sesión, necesitando apoyo psicológico privado con





carácter puntual en relación a acontecimientos concretos derivados de los mismos.

En el supuesto, los hechos relatados en el factum, como se ha dicho, son constitutivos de **un delito de abuso sexual**, con introducción de miembros corporales - dedos -, en la vagina de la víctima, sin su consentimiento, lo que aconteció aprovechando la ocasión de que el acusado le estaba realizando un masaje. El ánimo lúbrico en la conducta del autor es palmario teniendo en cuenta que masajeó el pubis e introdujo dos dedos en la vagina, cuando la perjudicada acudió al centro por una fascitis plantar en pie izquierdo, refiriendo **una molestia en la ingle derecha, dolencia de la que fue tratada pocos días después, que afecta al músculo psoas, al cual, es de todo punto imposible acceder por la zona vaginal**; como resultó de la testifical propuesta por la defensa, de D^a. Susana, especialista en Fisioterapia y Osteopatía, que tuvo como cliente a Aida, días después de estos hechos, y que explicó en el plenario que la única manera de acceder a dicho músculo es por el abdomen, cerca del ombligo, con flexión de cadera. reacción,

Por su parte, de la resolución judicial - Auto Audiencia Provincial de León nº 18/2019 de fecha 10 de Enero de 2019- de archivo de causa penal, merecen destacarse, a nuestro modesto entender, los siguientes apartados:

Doña Noelia que por padecer migrañas y cefaleas había acudido, por recomendación de su médico, a sesiones de fisioterapia, yendo a la clínica de D. Noelia, recibiendo terapia los días 23 y 30 de noviembre,

sin queja alguna, y una tercera sesión en fecha 19 de diciembre de 2017, en la que la denunciante expone que el fisioterapeuta le realizó tocamientos injustificados en la zona del esternón y también en los pechos.

A la vista de lo actuado no se discute que la denunciante acudió a sesiones de fisioterapia en la clínica de D. Victorino, que hubo dos primeras sesiones respecto de las que no existe queja, y que en una tercera sesión D. Victorino utilizó con la paciente dos técnicas: "inducción de pared torácica anterior" (que se practica sobre el esternón) y "deslizamiento transverso del diafragma" con actuación en la región interescapular, esternón y clavículas.

Tampoco se discute que Doña. Noelia llegó a sentirse incómoda con estas técnicas y detuvo la sesión de fisioterapia, no queriendo cobrarle el fisioterapeuta por no haber finalizado la sesión, y disculpándose el fisioterapeuta repetidamente por si las técnicas empleadas le habían hecho sentir violenta. Lo que se discute es si la conducta de D. Victorino respondió a técnicas normales y adecuadas a la dolencia de la paciente, o fueron totalmente injustificadas e inadecuadas y no respondían a un interés terapéutico

Pero es más importante el documento redactado por "Administración CPFCyL", documento referente a la incidencia con la paciente, en el que se pone de manifiesto, tras escuchar las versiones de las dos partes, que "tras explicarnos

la naturaleza de las técnicas y la metodología de su aplicación respecto a la patología sufrida, coincidimos desde esta Junta Permanente que se trata de técnicas perfectamente identificadas, habituales en este tipo de tratamientos y con una realización según se ha descrito correcta".

En suma, interesamos de todos/as la mayor de las delicadezas en el abordaje de zonas anatómicas que puedan ocasionar equívocos desagradables: es muy importante explicar antes, durante y después, qué se hace y por qué se hace, de manera comprensible y cercana a los/as pacientes. Obviamente, asimismo, es muy importante que se haya firmado un consentimiento previo detallado, tapar aquellas zonas íntimas cuya visión sea innecesaria para el abordaje terapéutico, y ofrecer a la persona paciente que si, por mera comodidad, considera oportuno que asista una persona de su confianza durante el desarrollo de las sesiones fisioterápicas que no existe ningún inconveniente por vuestra parte.

Asesoría Jurídica del COFPV

¹ Indicar que en todos los casos la negrita es nuestro como llamada de atención sobre aspectos concretos de la resolución analizada.

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

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

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

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

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



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

administración informa

administrazioak jakinarazten du

Estimado/a Colegiado/a:

Desde Administración te recordamos lo siguiente:

- El COFPV cerrará el **19 de marzo de 2020 por ser festivo**.
- Si has cambiado recientemente, e-mail, teléfono o algún otro **dato de contacto** puedes comunicarlo llamando al teléfono 944020155 o escribiendo al e-mail **cofpv@cofpv.org** para que actualicemos tu ficha.
- Recuerda que el Colegio mantiene una **Bolsa de empleo** a la que pueden apuntarse todos/as los/as colegiados/as interesados/as, y que se facilita a quienes necesiten cubrir una vacante de Fisioterapeuta.
- Para los/as colegiados/as que tenéis Centro de Fisioterapia, os recordamos que podéis solicitar la **Placa** que acredita que el centro está reconocido por el COFPV y también podéis descargaros de nuestra página Web la **Autorización** para así poder publicar los datos de vuestro centro. Esta ficha tenéis que enviárnosla rellena, firmada y sellada, por correo ordinario (junto con fotocopia de la autorización de la Dirección Territorial de Sanidad competente).

Elkargokide hori:

Administraziotik hauxe gogorarazi nahi dizugu:

- EFEOa **2020ko martxoaren 19an** itxita egongo da, jai eguna direlako.
- Posta elektronikoa, telefonoa edo bestelako **kontaktu-daturen** bat berriki aldatu baduzu 944020155 telefonora deituz edo **cofpv@cofpv.org** helbidera idatziz jakinarazi dezakezu zure fitxa eguneratu dezagun.
- Gogoratu Elkargoak **lan poltsa** bat mantentzen duela, interesa duen elkargokide orok eman dezake izena, eta Fisioterapeuta lanpostu bat betetzeko beharra duenei ematen zaie.
- Fisioterapia zentroa daukazuen elkargokideoi gogorarazten dizuegu, zentroa EFEOak onartua daukala ziurtatzen duen **Plaka** eska dezakezuela; halaber, **baimena** ere deskarga dezakezue gure Webgunean, honela, zure zentroko datuak zabaldu ahal izateko. Fitxa hau beteta, **sinatuta eta zigilatuta** igorri behar diguzue, **posta arruntaz**, (dagokion Osasun Sailaren Lurralde Ordezkaritzak emandako baimenaren fotokopiarekin batera).

EFEOeko Administrazioa

Administración del COFPV





tablón de anuncios

iragarki-taula

Se alquila gabinete dentro de policlinica de especialidades, servicio de recepcion y atencion pacientes incluido. Diferentes formas de alquiler y precio a convenir. Zona de Encartaciones en Bizkaia.
[Interesados ponerse en contacto Ainhoa Gonzalez 946026448 o correo electronico agiclinica@gmail.com](#)

Clínica de fisioterapia y medicina deportiva, situada en margen izquierda, en pleno rendimiento, con servicio de administración, bien situada, cuenta con salas disponibles para profesionales de fisioterapia que quieran ejercer su especialidad sin tenerse que preocupar de otros temas que no tengan que ver con su profesión.
[Interesados enviar curriculum y ponerse en contacto con info@fisiomf.com](#)

Se alquila gabinete con camilla para fisioterapeuta. En edificio centrico y singular de Bilbao
[TEL.: 636 937 834 / 944 79 03 66](#)

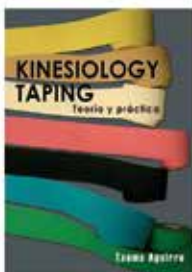
Dietista-nutricionista busca un/a fisioterapeuta al que le interese compartir un local para trabajar de manera autónoma y multidisciplinar. Se trata de un local ubicado en el barrio del Antiguo, Bentaberri; a pie de calle, luminoso y en una zona muy transitada. Precio asequible y negociable según las condiciones.
[Interesad@s ponerse en contacto con Laura: 690-778-660](#)



BENDA NEUROMUSKULARRA TEM TEX



Biocorp-eko beste titulu batzuk:



BIOCORP
EUROPA

www.biocorp.es | +34 943 577 614

ofertas de empleo

lan eskaintzak

álava araba

Estamos buscando un/a Fisioterapeuta para realizar terapia manual a trabajadores de una gran empresa ubicada en Vitoria.

Objetivos:

- Concienciar a los trabajadores sobre la importancia de una correcta higiene postural.
- Trasladar herramientas y consejos para mejorar la postura en su entorno laboral
- Stand en lugar apropiado dentro del centro de trabajo donde cada trabajador podrá tener una sesión individual con el/la fisioterapeuta de 30 minutos

Disponibilidad:

- Miércoles de 12:00 a 16:00.
- Mes de Marzo completo.

Condiciones:

- Todo el material necesario para el fisioterapeuta será facilitado por Solutia GHS
- Salario como autónomo: 20€/hora brutos y como contratado/a: 14€/hora brutos
- Posibilidad de colaboración con Solutia GHS a medio-largo plazo

Requisitos:

- Graduado/a / Diplomado/a en fisioterapia
- Disponibilidad inmediata - Mes de Marzo
- Al menos 1 año de experiencia

Contacto: alicia.banegas@solutiaghgs.com

El centro de fisioterapia Nassaia busca fisioterapeuta para contrato a jornada completa por ampliación de plantilla.

Se valorarán conocimientos en osteopatía.

Interesados enviar el curriculum a: nassaia@gmail.com

Se necesita fisioterapeuta a media jornada (6 meses y posterior ampliación de jornada) para clínica con tratamiento personalizados de 1 h. Se valora conocimientos de osteopatía, terapia manual, punción seca.

Mandar c.v. a fisioterapiabizia@gmail.com

Se necesita Fisioterapeuta con experiencia, para trabajar en una clínica privada en Vitoria-Gasteiz.

Se valorarán conocimientos en Osteopatía, punción seca, miofascial y suelo pélvico. Así como las ganas de trabajar en equipo y la responsabilidad.

En principio, será media jornada (tardes) con posibilidad de ampliar horario, en función de las necesidades del centro y agenda.

Interesados envíen curriculum a

sara@fisioterapiaruizarrugaeta.es

gipuzkoa

Donostiako erdialdean dagoen kontsulta pribatu batean fisioterapeuta bat behar dugu. Esperientzia baloratuko da, suelo pelbiko, terapia manuala, pilates eta hipopresiboetan formatua egotea.

Gurekin lan egitea interesa duenak, bidali dezala email bat helbide honetara: info@fisioterapia.eus

Se necesita fisioterapeuta para centro de fisioterapia de Irún. Buscamos persona dinámica, responsable y con ganas de trabajar. Jornada completa con horario partido. Incorporación inmediata.

Condiciones en función de la experiencia.

Interesados envíen curriculum vitae a kirofisio@gmail.com

Se necesita fisioterapeuta para Centro de Fisioterapia en Donostialdea. Régimen general, jornada completa y continua, formación constante.

Enviar CV: klinikafisioterapia@gmail.com

Buscamos fisioterapeuta

Se valorará formación en neurología o suelo pélvico.

Si estas interesad@ envia CV a munanue@guna.es

Hospita Aita Menni centro de referencia en daño cerebral precisa:

Fisioterapeuta con formación y/o experiencia en neurorrehabilitación para nuestro centro de Zuatzu en Donosti.

Se ofrece incorporación inmediata a un equipo joven y multidisciplinar, a través de la modalidad de contrato laboral. Las condiciones laborales se realizarán en función de disponibilidad y carga de trabajo del centro.

Aquellas personas que estén interesadas pueden remitir su C.V. a recursoshumanos.aitamenni@hospitalarias.es

Buscamos Fisioterapeuta para trabajar una clínica en el Centro de Donostia.

Se valorarán conocimientos de Pilates.

Enviar CV a hola@centrofisia.es



bizkaia

Se necesita Fisioterapeuta para consulta ubicada en margen derecha en horario exclusivamente de tarde (16-20 horas semanales a convenir con posibilidad a futuro de aumentar jornada)
Alta en seguridad social. Se valorará experiencia laboral, formación complementaria en terapia manual, fisioterapia deportiva, y continua formación.
Abstenerse no residentes en Bizkaia o no disponibles en horario de tarde.
Enviar CV a : ofertaempleofisioterapeuta5@gmail.com

Clínica de rehabilitación en Portugalete precisa contratar Fisioterapeuta a jornada parcial, ampliable a completa en invierno.
Requisitos: colegiado y no es necesaria experiencia previa.
Valoramos: conocimientos de suelo pélvico, hipopresivos y pilates.
Interesados mandar whatsapp con CV al 637664632

Empresa privada de Rehabilitación y Fisioterapia Domiciliaria, busca a un/una fisioterapeuta colegiado/a con formación en Fisioterapia Neurológica, Aparato Locomotor, Respiratoria, Personas Mayores y en terapia manual especializada. Se valorarán la experiencia profesional y otros conocimientos.
Condiciones generales:
Jornada completa. Posibilidad de indefinido.
Incorporación e inicio inmediato.
Si estáis interesados/as remitir CV a la siguiente dirección de correo electrónico: info@rhbdomiciliaria.com

Se ofrece empleo de fisioterapeuta a media jornada, por las tardes (con posibilidad de ampliación), en clínica ubicada en Galdakao.
Interesados mandar curriculum a: osteopatiapodologia.amets@hotmail.com

Se necesita fisioterapeuta con formación y/o experiencia en Atención Temprana por ampliación de equipo.
Se valorará conocimiento de euskera.
Imprescindible mínimo una tarde libre a la semana.
Incorporación inmediata.
Interesados enviar CV a garapenbilbao@gmail.com

Centro de Fisioterapia busca Fisioterapeuta.
Se valorará formación complementaria, carné de conducir B y disponibilidad horaria.
Interesadas/os enviad CV a info@consultamaza.es

Centro ubicado en Barakaldo busca Fisioterapeuta para próxima incorporación.
Imprescindible formación en Suelo Pélvico.
Se valorará otras formaciones.
Contrato indefinido y con posibilidad de aumento de horas.
Contacto: korufisioterapia@gmail.com

Centro de Fisioterapia en Zalla, busca fisioterapeuta para incorporar en plantilla.
Se valorará conocimientos en Osteopatía, hipopresivos y pilates.
Interesados mandar Curriculum a: amagoia.fisioterapia@gmail.com

Clinica de Barakaldo necesita fisioterapeuta (contrato laboral)
Interesados enviar CV a la dirección rhb.fisioterapia@gmail.com

En RS BILBAO Centro de Rendimiento Deportivo y Salud queremos ampliar plantilla y buscamos fisioterapeuta.
Requisitos:

- Trabajo en jornada de mañanas (imprescindible) y tarde también si precisa.
- Experiencia previa con tratamientos a nivel particular.
- Régimen de autónomos (se valorará que cuente ya con cartera de pacientes).

Interesados enviar CV a rs@rendimientosaludable.com

Se busca fisioterapeuta con 2-3 años de experiencia laboral para realizar sesiones de fisioterapia en dos empresas de Bilbao.
Se retribuirá la hora de tratamiento a 24€ y se harán de media entre 4-6h en el día de la prestación.
Horario y día a convenir con el candidato.
Contacto: info@fisioreact.com

Se necesita fisioterapeuta a media jornada para centro de fisioterapia en el centro de Bilbao (Indautxu)
Contacto: clinicaborealfisioterapia@gmail.com

Se precisa Fisioterapeuta con conocimientos de osteopatía. Incorporación inmediata.
Interesados enviar curriculum a clinica@proyecto121.com

Se necesita fisioterapeuta para nueva apertura en centro multidisciplinar. En principio a media jornada y muy probable ampliar a completa. Muy valorable saber de osteopatía.
Enviar cv a Sofia_azcona4@hotmail.com

Se busca fisioterapeuta colegiado a jornada completa para clínica de fisioterapia y osteopatía.
Interesante formación en técnicas invasivas (epi, punción seca, neuromodulación...) ecografía musculoesquelética, osteopatía...
Enviar cv a fisiobide@gmail.com

Se busca fisioterapeuta para media jornada en turno de tarde en consulta principalmente de traumatología.
Interesados envíen CV a fisioterapiadeusto@gmail.com

nuevos colegiados

elkargokide berriak

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

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

álava araba

3162 Lorena Barrio Martinez de Lahidalga
3516 Brian Saez de Gordo Martinez de Lizarduy
3517 Amaia Elorza Fernandez de Jauregui
3535 Maider Lata Calavia
3537 Silvia Vidarte García - Torres
3543 Asier López De Calle Sánchez
3550 Patricia Gas García

bizkaia

0120 Claudia Milena Agudelo Jiménez
1125 Ainhoa Eraso Guisasola
1876 Amaia Vidal Ibeas
1882 Virginia Cascón Alcaraz
2393 Alex Lezertua Libano
3089 Mikel Gallastegui Ispizua
3515 Ainhoa Arnaiz Arnaiz
3518 Javier Robledo Martín
3520 Amaia Marina Avila
3524 Miguel Sesma Espinosa
3525 Ana Tapia García del Valle
3526 Lore Aretxabaleta Juaristi
3528 Jaime Alejandro Torner Ruiz de Temiño
3532 Ibon Lasa Gonzalez
3536 Iratxe Saez Gonzalez
3540 Agustina Belén Ariznabarreta
3541 Nerea Díaz Aranguren
3542 Rocio Barranco Moreno
3547 Josym Delhi Sivoli Blanco

gipuzkoa

0638 Nerea Lariz Azkona
0869 Mao Sebastián Barry Ruiz
1713 Saioa Rozas Iregui
3519 Luca Asier Pini Albisu
3521 Joseba Koldobika Tejada Falcón
3522 Aritz Murua Sarriegi
3523 Uxue Montero Echegoyen
3527 Pablo Torralbo Ruiz
3530 Aitor Calvo Rodríguez
3533 Miren Labrador Pozo
3538 Mirari Marta Ponce Lizaso
3544 Haizea Aizpurua Goienetxea
3545 Nahikari Del Pozo Telleche
3546 Rubén García Rey
3548 Diana Valentina Campos Yanine
3549 Alberto Marchán Fernández

otros beste batzuk

3529 Julia García García
3531 Anna Escanilla Rusiñol
3534 Elvira Barrio Saralegui

Nota: Desde el 23 de octubre de 2019 hasta el 4 de febrero de 2020 ha habido 45 nuevas colegiaciones. Actualmente, el Colegio cuenta con 2.900 colegiados/as.

Oharra: 2019ko urriaren 22 eta 2020ko otsailaren 4 bitartean 45 kide berri elkartu dira elkargora. Horrenbestez, Elkargoak 2.900 kide ditu gaur egun.



HEGAZKIN ETA ITSASONTZIETARAKO
GAITASUNEN NAZIOARTEKO ESKOLA

HEGAZKINAK LURRERATZEKO IKASTAROA

6 hilabete
besterik ez



Etorkizuna zure esku.
Ikastaro honi esker,
krisialdia hegari
joango da.

Matrikulatzeko epea
irekita dago



Praktikak konpainia
onenetako
hegazkiloak
lurreratu,
bidaianekin eta
bidaiaririk gabe.

Gidari uniformeak
galoiekin eta
txapela oparitzen
ditugu
matrikularekin.

Sinesten duzu?

Orduan, zergatik sinesten duzu masaje eta teknika sanitarioen funtsik gabeko ikastaroari buruzko informazioa?

Masaje, kiromasaje, erreflexologia, akupuntura, osteopatia, fisio-estetika eta halako modalitateetako ikastaroek ez dute balio akademikorik eta ez daukate aitortpen ofizialik. Masaje terapeutikoa fisioterapiaren barneko kompetentzia da, eta ez da osasun-esparrutik kanpo aplikatu behar. **Ez zaitzatela engainatu!**

Espetxe-zigorrak jaso daitezke osasun-arloko profesionalen ordezkariak sendatzen saiatzeagatik eta unibertsitateko titulazio ofizialik gabe fisioterapeuta-lanbideko teknikak erabiltzeagatik.

ANTES DE RECIBIR UNO DE ESTOS CURSOS INFÓRMATE EN EL
EUSKADIKO FISIOTERAPEUTEN ELKARGO OFIZIALEAN



944 020 155



cofpv@cofpv.org

eke

EUSKADIKO KONTSUMITZAILEEN ELKARGOA
FEDERACIÓN DE CONSUMIDORES DE EUSKADI



12 MESES

12 CONSEJOS DE SALUD PARA

VIVIR MEJOR

2020

12 HILABETE

12 OSASUN-GOMENDIO

HOBETO BIZITZEKO