



Fisioteràpia

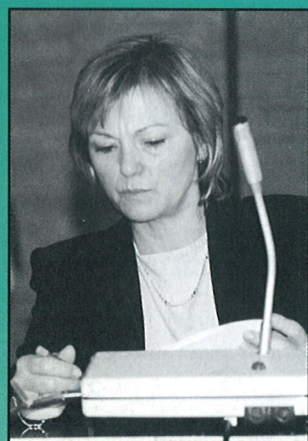
al dia

Revista del Il·lustre Col·legi de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

ABRIL 2004 / NÚMERO 10

www.colfisiocv.com

La Fisioterapia vive un momento histórico



La actuación
de la
Fisioterapia
en la
Discapacidad



Parlem
amb...
Angel Basas
FISIOTERAPEUTA
DE LA R.F.E.A.



- Fisioterapia Actual: Ejercicio Terapéutico cognoscitivo en reeducación motora tras lesiones del S. N. C.
- Fisioterapia Actual: Ejercicio Terapéutico cognoscitivo en

Edita

Il.lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de la Comunitat Valenciana

Junta de Govern:

- Degà: D. Joan López Boluda, col. N° 1
- Vicedegà: D^a Hortensia Vaello Mira, col. N° 4
- Secretària: D^a Vicenta Fortuny Almudéver, col. N° 3
- Tresorer: D. Vicente Bou Vázquez, col. N° 2
- Deleg. Alacant: D. Vicente Toledo Pérez, col. N° 6
- Deleg. Castelló: D. J. Vte. Cantavella Laínez, col. N° 5
- Vocals:
- 1.- D^a Antoni Font Parra, col. N° 7
- 2.- D^a Celedonia Igual Camacho, col. N° 11
- 3.- D. José Fco. Meliá Oliva, col. N° 10
- 4.- D. Antoni Pascual Leiva, col. N°
- 5.- D. Juan Fco. Teruel Anaya, col. N° 12
- 6.- D^a M^a Victoria González Jiménez, col. N° 17

Comissió de Premsa, divulgació i comunicació:

Pedro Rosado Calatayud

Premsa i Comunicació:

Sylvia Pérez Fons

Equip de Redacció:

Director: Pedro Rosado Calatayud
Subdirector: Javier Martínez Gramage
Col.laboradores:
Alicante: Sergio Hernández Sánchez
Castellón: José Cantavella Laínez
Valencia: Javier Martínez Gramage

Precolegiados:

- José Lendoiro Salvador
- Emilio José Gil González
- Álvaro Vilanova Giner
- Javier Delgado Sorli

Comissió Científica:

- Manuel Valls i Barberá
- Javier Montañez Aguilera
- Marisa Bataller Richard

Nota: Los artículos publicados en esta revista en valenciano o castellano, los son en función de la lengua en que se presenta el original por su autor.

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles signats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Seu:

C/ Sant Vicent Màrtir, 61 – 2^a
Tel: 96 353 39 68
Fax: 96 310 60 13
46002 – Valencia
e-mail: administracion@colfisiocv.com
e-mail: gabineteprensa@colfisiocv.com
web: www.colfisiocv.com

Depósito Legal: V – 1930 – 2001



IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

SUMARI...

<i>Editorial</i>	1
<i>Cartes al Director</i>	2
<i>Notícies Breus</i>	2
<i>Infomació Col·legial</i>	3
<i>Parlem amb... Àngel Basas - Fisioterapeuta de la RFEA. ..</i>	11
<i>Fisioteràpia Actual</i>	13
<i>Precol·legiats</i>	17
<i>Benvinguts</i>	21
<i>Tauler 10</i>	22
<i>Normas de presentació de articles</i>	24
<i>Agenda</i>	27

Editorial

La Formación de Grado en Fisioterapia cara al Proceso de Confluencia con Europa



Celedonia Igual Camacho

*Directora de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de Valencia
Presidenta de la Conferencia Nacional de Directores de escuelas de Fisioterapia*

Desde el momento en que los estudios de fisioterapia se configuran como universitarios, hace ya más de dos décadas, han estado sometidos a múltiples cambios derivados, por un lado, de su necesaria adaptación al devenir del resto de las titulaciones universitarias, y por otro, a los cambios sociales de los que la Universidad debe ser fiel reflejo, en la actualidad; es impensable una Universidad de espaldas a la sociedad.

A mi modo de ver, uno de los cambios sociales más determinantes, ha sido el proceso de creación de un espacio común europeo, que se inicia con el acuerdo de aspectos de interrelación tan dispares como el establecimiento de una moneda única europea, el euro, o la no existencia de fronteras que limiten el libre paso de los ciudadanos de un país miembro a otro; precisamente en esta línea surge la Declaración de Bolonia, en la que los gobernantes de los países miembros de la CEE, hacen una declaración de principios del proceso que deben seguir las Universidades para la creación de un espacio común Europeo de docencia superior, que propicie una posible equiparación, que no igualdad, de la formación que reciben desde las universidades los futuros profesionales, para facilitar su libre mercado por Europa.

En esta línea, la Conferencia de Directores de Escuelas de Fisioterapia de España, reunida el pasado mes de Junio en Barcelona, decidió por unanimidad de los presentes, presentar un proyecto de Formación de Grado en Fisioterapia al primer programa de ayudas de la ANECA, que, contra todo pronóstico, fue aceptado y dotado con 42.000 euros; se designó al profesor Jesús

Rebollo, director de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla como responsable del proyecto; a continuación se eligió una comisión compuesta por Luis Fernández, Ramón Fernández, Jesús Rebollo y yo para coordinar los trabajos de elaboración del proyecto.

Pues bien, han transcurrido apenas 7 meses, y ya el pasado 15 y 16 de Enero se aprobó en Sevilla, por los delegados de las diferentes Universidades españolas estando presentes los decanos de los colegios de Cataluña, Valencia y Andalucía, el documento del Proyecto de Formación de grado en Fisioterapia, remitiéndose posteriormente a la ANECA; en este momento estamos a la espera de que sea aceptado, y se proceda a la edición del Libro blanco de la Fisioterapia.

Es de justicia resaltar el papel tan importante que en todo el proceso han jugado los Colegios profesionales de Fisioterapia y el Consejo Superior de Colegios de Fisioterapia de España, que han sabido entender la importancia y trascendencia del proyecto para los profesionales fisioterapeutas, colaborando activamente en el proceso, mediante la realización de encuestas para la determinación, unificada y priorizada, de las competencias profesionales generales y específicas; sirvan estas líneas de homenaje a su labor. Gracias.

Estoy firmemente convencida de que este proyecto no se habría podido llevar a buen puerto sin el trabajo y la voluntad unida de todas las partes implicadas, Universidades y Colegios profesionales; la unión hace la fuerza. Podemos afirmar que desde la Fisioterapia se ha dado una lección de saber hacer.

Cartas al Director

El pasado mes de Enero la Conferencia Nacional de Directores de Escuela de Fisioterapia presento a la ANECA el proyecto de formación de grado (el plan de estudios) para la futura Licenciatura en Fisioterapia, el cual fue admitido por la ANECA entrando en el primer grupo de admitidos formado por un total de diecisiete proyectos, el hecho de haber logrado estar en este primer grupo supondrá también estar dentro de los primeros proyectos aprobados con la consiguiente entrada en vigor. Esto sin lugar a dudas es un logro importante dentro de la historia de la Fisioterapia, la Licenciatura nos abrirá nuevas puertas de acceso, como por ejemplo hacia el Doctorado, pero también nos puede crear cierta inquietud en el

momento presente cuando nos planteamos preguntas como ¿qué pasará con los actuales diplomados?, ¿qué soluciones se plantean para que puedan licenciarse y equipararse con la nueva titulación?. Otra cuestión que puede surgir es la referente al nuevo grado de competencia que la licenciatura le pueda otorgar o no al fisioterapeuta, por ejemplo en cuanto a la autonomía a la hora de hacer el diagnóstico y establecer su propio criterio incluso en la elaboración del plan de tratamiento que considere adecuado, claro está, que esto debe hacerse siempre sin perjuicio de la colaboración interdisciplinar y que bien podría entrar dentro de las posibilidades del fisioterapeuta.

E.J.G.G.

noticias



bReUs

V Jornadas Mediterráneas de Fisioterapia. Vertigo.

El Vértigo es el tema elegido por la comisión organizadora de las próxima edición de las Jornadas Mediterráneas de Fisioterapia que se celebrarán los días 10 y 11 del próximo mes de septiembre en Palma de Mallorca.

El Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de les Illes Balears ha preparado un programa de ponencias, comunicaciones, carteles... referidos al tema central de estas jornadas, el vertigo. Entre otros, y además de la ponencia inaugural, se tratarán temas como la alteración del sistema del equilibrio, los problemas vertiginosos de origen oculo-motor, el enfoque del tratamiento de los trastornos vertiginosos desde la liberación miofascial o las implicaciones de la columna cervical y de la ATM en los síndromes vertiginosos.

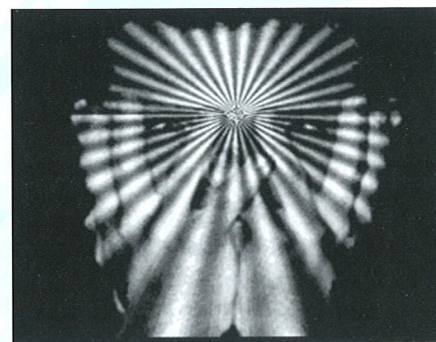
Para participar en las Jornadas y conocer las normas de presentación de los trabajos los organizadores han hecho llegar

información a la sede de nuestro Colegio. Además podéis poneros en contacto con el Colegio Oficial organizador:

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares.

C/ Enrique Almazora, 6 - 9º - 1ª. 07002 Palma (Baleares) Tel: 971 71 30 18 y Fax: 971 71 13 86.

www.colfisiobalear.org



Siempre Fisioterapeutas

El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana quiere rendir un pequeño homenaje a dos fisioterapeutas colegiados que después de más de treinta años de trayectoria profesional se han ganado un merecido descanso.

Rafael Sánchez Cuenca (col nº 90) y Florentino Guerra Torres (col nº 451), vuestro colegio profesional os desea una nueva etapa llena de satisfacciones y os recuerda que aunque jubilados seguís siendo fisioterapeutas colegiados y que ésta es vuestra casa. Muchas gracias por vuestra dedicación.

La Generalitat Valenciana ayuda a los trabajadores desempleados que se constituyan en trabajadores autónomos.

La Generalitat Valenciana ha previsto otorgar una serie de ayudas en forma de subvención a todos aquellos trabajadores desempleados que se constituyan en trabajadores autónomos o profesional liberal por cuenta propia; reducción de hasta tres puntos en los intereses de préstamos concedidos a estos trabajadores por entidades que tengan suscrito el convenio de colaboración financiera con la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo; y subvención a los trabajadores autónomos o profesionales por cuenta propia, como ayuda a la contratación por tiempo indefinido y a jornada completa de su primer trabajador. Las cuantías se ven aumentadas cuando la persona objeto de contrato es una trabajadora desempleada.

Los plazos de presentación son desde el 1 de enero hasta

el 30 de septiembre de 2004 para la constitución en trabajador autónomo o profesional por cuenta propia y desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2004 para las solicitudes de ayudas para la primera contratación.

Las solicitudes deberán dirigirse al Registro de la Dirección Territorial de Empleo SERVEF de Castellón, Valencia o Alicante.

La información completa se puede encontrar la Orden de 26 de Diciembre de 2003, de la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se regula y se convoca la concesión de subvenciones de Fomento del Empleo dirigido a emprendedores para el año 2004 (DOGV nº 4689, de 11/02/04). Además el PROP cuenta con un teléfono de información gratuita: 900 100 785.

Comissions de treball

Comisión de Fisioterapia Deportiva

Somos un grupo de personas deseosos de promover la Fisioterapia Deportiva allá donde sea necesario, haciendo partícipe a todos aquellos que deseen embarcarse en dicha aventura.

Estaremos presentes en los acontecimientos deportivos más relevantes de nuestra Comunidad Valenciana. Para cumplir lo mejor posible con este propósito nos estamos organizando por provincias:

Alacant: Pau Puigcerver Aranda
pauorleone@hotmail.com

Castelló: Pablo Granell
pablogranell@hotmail.com

Valencia: Carlos Soriano Simó
cosport@mixmail.com

Nuestro deseo es abarcar una gran variedad de deportes, y dejar el listón bien alto, para que todos aquellos deportistas que sean atendidos por nuestro colectivo, por primera vez, lleguen a comprender la importancia de nuestro trabajo y difundir de esta manera la Fisioterapia por toda nuestra región.

Pero indudablemente, para que todo este proyecto

pueda llevarse a cabo, necesitamos vuestro apoyo. Sois la parte más importante. Así que si os atrae la idea, poneos en contacto con nosotros.

Todas las pruebas deportivas a las que acudáis serán acreditadas por nuestro Colegio, emitiendo un diploma para cada ocasión. Por ello, tendréis que ir convenientemente identificados el día de la competición ya sea con el carnet del Colegio o el DNI.

Además, de la asistencia a los deportistas, también queremos ser de utilidad a aquellos fisioterapeutas que ya están introducidos en algún club o equipo deportivo y desean estar al día y/o incrementar sus conocimientos. Así, organizaremos cursos que correspondan a esta necesidad.

Por supuesto, deseamos conocer vuestra opinión, así que si se os ocurre alguna actividad o idea que no haya sido planteada poneos en contacto con nosotros.

Podéis consultar toda la información, y estar al día, accediendo a la página Web del Colegio del siguiente modo:

www.colfisiocv.com

Canal oficial

Órganos de gobierno

Comisiones de trabajo

Comisión de Fisioterapia Deportiva.

La Fisioterapia vive un momento histórico al convertirse en el primer proyecto aprobado por la ANECA.

La ANECA, Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación, aprobó 17 proyectos para las nuevas titulaciones universitarias, de los 115 presentados, siendo el de la Licenciatura en Fisioterapia el primero de ellos.

Los fisioterapeutas tras la primera reunión, mantenida en junio de 2003, consiguieron en sólo 10 días que el proyecto de Fisioterapia fuera refrendado por los rectores de 37 universidades. Inmediatamente, se coordinaron Universidades y Colegios Profesionales para conseguir llegar al primer plazo de presentación de proyecto, lo cual se realizó en enero de 2004. Tras este trámite, quedaba esperar el resultado de la ANECA y éste, no sólo fue favorable sino que además fue el primer informe emitido por dicha agencia.

El proyecto presentado por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Fisioterapia, todos los Colegios españoles y el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas ha diseñado el nuevo título de Grado de Fisioterapia. Con ello, se pretende adaptar la titulación al espacio europeo de Educación Superior, tal y como tendrán que hacer todas las titulaciones antes del año 2010.

A partir de ahora los plazos se establecen entre el año 2004 y el año 2010, fecha en la que el MECD, Ministerio de Educación Ciencia y Deporte, valorará las titulaciones universitarias que no hayan tomado su propia iniciativa a este respecto. Entre el 2004 y 2006 el MECD estudiará los proyectos presentados y aprobados por la ANECA. A partir del 2006, y hasta el 2008, se irán aprobando los primeros planes de estudios y a medida que se vayan aprobando se irán poniendo en marcha en las universidades.

El futuro de los estudios universitarios se centra en la Licenciatura como única titulación. Las carreras podrán constar de 180 ó de 240 créditos, cada uno de los cuales constará tanto de horas presenciales como de horas no presenciales. La titulación de fisioterapia se completará con la consecución de 240 créditos que podrán conseguirse en cuatro años.

Por otra parte, la ANECA evaluará cada seis años el desarrollo de los títulos universitarios oficiales. Los criterios de dicho examen los establecerá el MECD que aplicará este nuevo procedimiento a todos los planes de estudios de carácter oficial antes del 1 de octubre de 2010.

El objetivo principal que se persigue con esta iniciativa es



asegurar que los planes de estudios universitarios cumplan los requisitos legales, así como su adecuación a los criterios de calidad, con los que poder afrontar con las mayores garantías el proceso de convergencia europea en educación superior. En el caso de no ser superada la mencionada prueba de calidad supondría su suspensión o revocación y se impediría a la universidad en cuestión matricular alumnos nuevos, quedando siempre asegurada la continuidad de los que ya estuvieran matriculados, tal y como afirma Pedro Chacón, Director General de Universidades.

El pasado 18 de enero, Universia.net, portal de internet donde se dan cita más de 700 universidades de diez países, publicó el siguiente artículo sobre el nuevo plan de Fisioterapia:

UNIVERSIA. 18-01-04



Nuevo Plan de Fisioterapia

Más de un centenar de representantes de las distintas universidades españolas se reúnen para presentar el primer estudio de la adaptación de una titulación al Espacio Europeo de Educación Superior.

El Rector de la Universidad de Sevilla, Miguel Florencio, inauguró hoy en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud las Jornadas de trabajo para la conclusión y aprobación final del proyecto del nuevo plan de estudio de Fisioterapia, que reúne a más de un centenar de representantes de las universidades españolas que imparten dicha licenciatura, así como miembros de los distintos Colegios de Fisioterapia.

La Hispalense ha sido la Universidad encargada de coordinar a nivel nacional los estudios previos para la elaboración del nuevo plan de estudio de Fisioterapia de cara a su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, fruto de la primera convocatoria de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Aneca), en la que la Universidad de Sevilla también fue elegida para coordinar los trabajos en la Licenciatura de Farmacia.

Florencio, que estuvo acompañado del director general de Universidades del Ministerio de Educación y Cultura, Pedro Chacón, del director de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Jesús Rebollo, y del Vicerrector de Ordenación Académica, Juan José Iglesias, agradeció a los asistentes la inmensa labor realizada en un ambiente positivo y en un tiempo récord, una vez que la Aneca comunicó la resolución de la primera convocatoria el pasado mes de julio.

En este contexto, el Rector de la Universidad de Sevilla resaltó que las Jornadas que durante hoy y mañana se celebran finalizarán probablemente con la aprobación del proyecto definitivo sobre el que se elaborará el nuevo plan de estudio de Fisioterapia, por lo que el trabajo realizado será referente a nivel nacional para los restantes estudios que las universidades españolas están elaborando en el marco de la primera convocatoria de la Aneca, ya que será el primer informe que se presente para la

adaptación de una titulación al Espacio Europeo de Educación Superior.

Los resultados que se aprueben en las Jornadas serán remitidos a la Aneca para su conocimiento por parte del Ministerio de Educación y Cultura y del Consejo de Coordinación Universitaria, por lo que, a juicio de Miguel Florencio, Fisioterapia está viviendo un momento histórico, gracias al trabajo realizado conjuntamente entre las universidades españolas y los colegios de Fisioterapia.

Tras la inauguración del Rector, Pedro Chacón pronunció la conferencia ¿La convergencia europea ¿un reto para las universidades españolas?, se celebró un coloquio y una sesión plenaria de delegados del Proyecto, que continuará esta tarde y mañana, para finalizar las Jornadas con el Plenario de la Conferencia Nacional de Directores de Escuela Universitaria de Fisioterapia.



La Actuación de la Fisioterapia en la Discapacidad

El pasado 13 de febrero el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana celebró la Jornada Informativa: "La actuación de la Fisioterapia en la discapacidad".

La Conselleria de Cultura i Educació, fue el escenario en el que se materializaron las ponencias elegidas para desarrollar el tema. La presidenta de las Jornadas D^a M^a Victoria González Jiménez, fisioterapeuta, profesora asociada de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universitat de València y miembro de la Junta de Gobierno de la entidad organizadora, presentó el acto y a los profesionales que intervinieron en el mismo.

Florencio Calle, fisioterapeuta, psicólogo, logopeda y profesor asociado de la Escuela de Fisioterapia de la Universitat de Valencia, fue el encargado de desarrollar el tema de la Estimulación Temprana en la Fisioterapia. En su intervención, Calle, fundamentó la técnica en la idea de que la maduración cerebral no termina con el nacimiento, Así la Estimulación Precoz está pensada para mejorar las capacidades de desarrollo de todos los niños y de forma más específica para prevenir posibles déficit ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, infecciosas... Además en su locución afirmó que las tres premisas que debe manejar todo fisioterapeuta para identificar el desarrollo cinesiológico del niño/a serían el conocimiento del desarrollo onto-

genético, de las reacciones posturales y los reflejos primitivos. Por último, resaltó la importancia de comenzar la terapia desde los primeros días de vida o incluso en la incubadora.

Jaime Martínez Carrascal, fisioterapeuta, intervino con el tema La Fisioterapia y la Educación Infantil. En su exposición afirmó que la fisioterapia desarrolla las capacidades del niño en todas sus áreas; fomenta sus habilidades y facilita una postura por medio del programa de higiene postural. Asimismo, incidió en la necesidad de la actuación de tecnologías, con un planteamiento global, ya que la discapacidad en la población escolar actualmente es cada vez mayor y exige un planteamiento más global de actuación. Como consecuencia resaltó la creación de nuevas formas de actuación en el aula de Estimulación Basal, aula de cromoterapia y los programas de desarrollo psicósomático con patrones motores coordinados para el aprendizaje por parte del niño en todas las áreas.

Javier Martínez Gramage, Prof. Titular de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, Fisioterapeuta de Hidrosalud, por su parte, desarrolló "Las aportaciones de la hidroterapia en la discapacidad". En su intervención, destacó que el agua constituye un medio físico empleado por la fisioterapia para el tratamiento de personas que presenten alguna alteración en su estado de salud. Los métodos más utilizados en

hidroterapia son Bad Ragaz, Halliwick y las técnicas de relajación, Movilización y Estiramiento. Para terminar, destacó el beneficio que todos los profesionales observan en la hidroterapia y es que la espasticidad puede disminuir por diferentes razones: el efecto de la flotación, la temperatura del agua, la realización de movimientos lentos y los estiramientos suaves, aunque quizá lo más característico sea el estímulo motivante que aporta, ya que la flotación ofrece sensación de ligereza y libertad de movimiento y otorga mayor autonomía e independencia que el medio terrestre.

Cristina Tur, fisioterapeuta del Centro Ocupacional José Alcamí, trató el tema de la Fisioterapia en los centros Ocupacionales. Recalcó, por un lado, la incorporación progresiva desde 1998, de los fisioterapeutas a los Centros y, por otro, la formación de una Comisión de Trabajo donde se pueden comunicar para dar cohesión y calidad al trabajo que cada uno desarrolla. Tur afirmó, que en un Centro Ocupacional el fisioterapeuta trabaja para mejorar el estado físico de los usuarios. La fisioterapia ha supuesto desde su implantación una mejora en la calidad de la atención interdisciplinar que los centros ofrecen. Por último, apuntó, que aunque la función motriz era la más conocida y la que más dedicación demanda también se trabaja en otras vías dando soporte a las demás funciones o sistemas de promoción de la salud.

M^a Victoria González, al hacer balance de la Jornada destacó su satisfacción por la asistencia e intervención de muchos profesionales fisioterapeutas especialistas en esta área venidos de toda la Comunidad Valenciana, así como representantes de la administración y distintas asociaciones. Además, enfatizó la calidad de las ponencias presentadas y, de forma especial, el abierto y fluido diálogo que se estableció en la mesa redonda que se celebró para finalizar la Jornada. En ella, los profesionales pudieron expresar a los representantes de la administración, su necesidad de un mayor apoyo oficial a los centros donde desarrollan su actividad profesional.



III Duatlón de Valencia por M^a Dolores Arguisuelas

El pasado sábado día 14 de febrero tuvo lugar en La Torre la tercera edición del Duatlón de Valencia. Este deporte, practicado por gran número de participantes de diferentes edades y clubes, combina la realización de dos modalidades deportivas en la misma prueba: la carrera y el ciclismo.

La competición comenzó con la participación de los deportistas más jóvenes pertenecientes a la categoría infantil y, seguidamente, se disputaron las mejores marcas de la categoría adulta. La prueba consistía en recorrer, dentro de un circuito señalizado, las distancias de 5 Km. de carrera, 20 Km. de bicicleta y finalmente 2'5 Km. más de carrera., en el menor tiempo posible, por supuesto.

En este encuentro deportivo se encontraban, también, veintidós alumnos de tercer curso de Fisioterapia de la Universidad Cardenal Herrera CEU, que prestaron su colaboración para realizar la asistencia fisioterapéutica del evento. Esta actividad fue desarrollada dentro del programa práctico de la asignatura Fisioterapia Deportiva, de modo que los estudiantes contaban en todo momento con el apoyo y coordinación de dos profesoras de la propia Universidad Cardenal Herrera CEU, Nieves De Bernardo y M^a Dolores Arguisuelas.

La ubicación de los fisioterapeutas junto a la línea de llegada y el despliegue de camillas, haría que su presencia no pasara inadvertida.

La actuación fisioterapéutica se ajustó a las necesidades de los deportistas. Alrededor de setenta participantes hicieron uso del servicio de fisioterapia, principalmente, al concluir la competición. Las técnicas más utilizadas fueron el masaje de postcompetición para descargar y recuperar la musculatura de los miembros inferiores (debido a la sollicitación específica de estos grupos musculares durante la prueba), así como la realización de estiramientos para aliviar la tensión acumulada.

La participación de los estudiantes de Fisioterapia en el III Duatlón, merece sin ninguna duda, una valoración positiva puesto que supuso una toma de contacto con auténticos deportistas, a través de la cual pudieron aplicar parte de los conocimientos adquiridos a lo largo de su programa de estudios. Por otro lado, también supone un acercamiento



de los alumnos a un campo específico de competencia del fisioterapeuta como lo es el ámbito deportivo. Los deportistas, por su parte, quedaron muy satisfechos de nuestra presencia, prueba de ello es la gran demanda que tuvo.

A través de esta colaboración también se deja patente la importancia de la figura del fisioterapeuta en el mundo del deporte y no exclusivamente en el deporte de élite, sino a todos los niveles. Además dicha intervención tiene una doble vertiente terapéutica y preventiva. Este es el mensaje que hemos querido transmitir con nuestra participación.

Dado los resultados tan satisfactorios obtenidos, esperamos poder repetir esta experiencia en siguientes ediciones de esta u otra modalidad deportiva.

Educación en Fisioterapia

El pasado mes de Marzo, durante los días 26 y 27, se celebraron en Salamanca las VI Jornadas Nacionales de Educación en Fisioterapia, organizadas por la Asociación Española de Fisioterapeutas. El lema de las jornadas fue "¿Acceso a la calidad?", acorde con los procesos de cambio que están teniendo lugar en el ámbito universitario en los años. Se comentaron temas de alto interés para el área de Fisioterapia como las implicaciones futuras de la LOU, el modelo europeo, competencias profesionales etc.

En el evento el Equipo de Evaluación y Mejora de la Calidad Docente del área de Fisioterapia de la universidad Miguel Hernández fue galardonado con el premio a la mejor comunicación oral, que llevaba por título "Ciclo de evaluación y mejora de la asignatura Fisioterapia Especial

(bloque Pediatría)" y que fue presentada por la profesora Dña. M^a Carmen Lillo Navarro.

En este trabajo se muestra una experiencia de evaluación docente del bloque de Fisioterapia en Pediatría y mejora de sus puntos débiles.

Para ello se utiliza una metodología de evaluación-intervención en la que, a través de técnicas de investigación cualitativa y elaboración de cuestionarios, se procede a conocer el grado de satisfacción de los alumnos con la asignatura. Posteriormente se analizan los puntos débiles y se proponen intervenciones para mejorar. Finalmente se vuelve a evaluar la asignatura con el objetivo de conocer la eficacia de las actuaciones realizadas.

24º MARATHON

El primer domingo de febrero, como cada año, se celebró el Maratón de Valencia, en este caso la 24 edición, y como cada año también la entidad organizadora, la Sociedad Deportiva Correcaminos, solicitó la colaboración de los fisioterapeutas valencianos a través del llamamiento hecho a la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universitat de València y al Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

La respuesta de las dos instituciones se plasmó, por parte de la Universidad, con la asistencia de alumnos de segundo y tercer curso tutelados por dos profesores, el Prof. Valls y el Prof. Sánchez Frutos y desde el ICOFCV con la presencia de profesionales fisioterapeutas coordinados a través de la Comisión de Deportes por Carlos Soriano y Pau Puigcerver.

La prueba comenzó a las 9h. y concentró a un gran número de corredores, de los cuales concluyeron los 42Km.195m. es decir, entraron en meta dentro del tiempo reglamentario, un total de 1.877. El primer corredor que completó el recorrido fue Eric Kiptoon con un tiempo de 2:14:32, superando en 11 segundos al primer clasificado del año anterior, el keniano Samwel Tangus (2:14:43), aunque no pudo batir la marca que este mismo estableció en la 22 edición de la prueba, en el año 2002, con 2:13:5.

Pero los grandes protagonistas del maratón fueron los numerosos corredores aficionados que a partir de las 11:30 de la mañana fueron colapsando el área donde los fisioterapeutas y estudiantes de Fisioterapia realizaban el reconfortante masaje postesfuerzo y las maniobras de estiramiento y reducción de contracturas y calambres que se precisaron, y que tanto agradecieron los atletas.

El equipo de Fisioterapia recibió muestras de agradecimiento tanto de los corredores como de la Organización de la prueba. Este mismo reconocimiento lo expresó en su visita el campeón Abel Antón cuando destacó la labor del fisioterapeuta como apoyo al deportista tanto en la fase preparatoria, durante el entrenamiento, como en la de competición.



MARATHON BENIDORM

" Lo que oigo, lo olvido. Lo que veo, lo recuerdo. Lo que hago, lo sé" (Proverbio Chino)

Participación de el área de Fisioterapia de la UMH en la XXI Edición de la Maratón y Medio Maratón Internacional de Benidorm. Domingo 29 de Noviembre de 2003.

Dada la gran influencia que tiene en nuestra sociedad actual de ocio todo lo relacionado con el deporte, una de las necesidades sociales a la cual la Universidad tiene que dar respuesta es la asistencia y atención fisioterapéutica del deportista, sano (no olvidemos el papel preventivo o de promoción de salud de la Fisioterapia) o lesionado, en cuyo caso le ayudaremos a recuperarse físicamente. Éste es un campo de actuación del fisioterapeuta que está a la orden del día, y que en muchas ocasiones se ve invadido por personas ajenas a la profesión. Se trata de una demanda inmediata y constante de la sociedad actual y la Universidad, como tal, debe responsabilizarse de ofrecer una formación integral que responda a dichas exigencias. Es por esto que se ofertan actividades de este tipo como complemento formativo en Fisioterapia del Deporte.

El pasado mes de Noviembre, medio centenar de alumnos del tercer curso de la diplomatura de fisioterapia de la UMH participaron en la asistencia de fisioterapia de la XXI edición de la Maratón y Media Maratón Internacional de Benidorm.

La prueba, celebrada el pasado mes de Noviembre, contó con la participación de 1750 corredores de diferentes países y categorías, mayoritariamente nacionales, acompañados por un número elevado de atletas del resto de Europa e incluso del continente africano. El mayor número de atletas inscritos se concentró en la Media Maratón, categorías masculina y femenina.

La intervención de los servicios sanitarios, entre los cuales se encontraba Fisioterapia, se llevó a cabo en una carpa instalada en el polideportivo de Foietes, punto de salida y llegada de la prueba. Los alumnos de fisioterapia, tutelados por tres profesores, realizaron diferentes actividades, fundamentalmente de tipo asistencial, aplicando las técnicas de masoterapia postcompetición, electroterapia analgésica y de relajación muscular, estiramientos musculotendinosos. En la intervención sobre un deportista lesionado, el alumno actúa siempre bajo la tutela del profesor res-



ponsable. También se desarrollaron funciones educativas en materia de salud dando a conocer, a los atletas y entrenadores, estrategias de prevención de lesiones (p.ej: cómo calentar correctamente, estiramientos de los principales grupos musculares implicados la carrera), consejos para la recuperación activa tras la prueba, etc. Es importante destacar el alto

grado de implicación, colaboración y motivación de los alumnos/as y profesores asistentes.

Cada alumno recibió, por parte del comité organizador, un certificado personal de colaboración. El Vicerrectorado de Ordenación Académica y Estudios de la UMH convalida la asistencia a estos eventos con un crédito de libre elección. Además el comité organizador de la prueba, junto con el Ayuntamiento de la localidad, costean los gastos de comida y desplazamiento de los alumnos asistentes.

El principal objetivo que se persigue con la organización y realización de estas actividades es aplicar en una situación real los conocimientos teórico – prácticos adquiridos previamente en la Universidad.

Pensamos que esta experiencia, eminentemente práctica, constituye un gran apoyo para el alumno en cuanto a la consolidación de conocimientos, y a su aplicación práctica se refiere. Además, pensamos que, el trabajo en grupo y el hecho de actuar en un escenario y tiempo real posee un efecto muy positivo sobre la motivación personal de los alumnos.



Asamblea Informativa del Colegio en Castellón



El pasado sábado, 21 de febrero, a las 11,00 horas, fue celebrada en el Salón de Actos del Hospital Provincial de Castellón la Asamblea Informativa del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana.

La sesión fue inaugurada por el Delegado del Colegio en Castellón, D. José Vicente Cantavella Láinez, que explicó la trayectoria de los más de dos años de vida de la entidad. Después presentó a los colegiados asistentes al Decano del Ilustre Colegio, D. Juan López Boluda.



El Decano, informó a los asistentes de la situación actual del Colegio e hizo una mención especial sobre la necesidad de unir todos los esfuerzos para reforzar la Fisioterapia. D. Juan López Boluda, habló de la obligatoriedad de la colegiación afirmando que "...tan intruso es el fisioterapeuta que no está colegiado como aquel que ejerce la profesión sin serlo". Por último, el Decano animó a los profesionales a colaborar con el Colegio en todos los aspectos, sin olvidar mencionar las posibles futuras delegaciones provinciales de Castellón y Alicante.



Consejo General de Colegios

El pasado sábado 20 de marzo, en Madrid, fue celebrada la Asamblea Ordinaria del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.

En la reunión se trataron temas como los reglamentos de las diferentes Comisiones de trabajo. Tras largo debate entre los miembros del Consejo, no se consiguió llegar a ninguna conclusión válida ya que las votaciones no cumplían las cuestiones de forma descritas en los Estatutos del propio Consejo. Así mismo, se habló y se aprobaron los gastos del Consejo y las tarifas y honorarios profesionales orientativos.

Por último, se emplazó a los componentes de la Comisión encargada de revisar los Estatutos del Consejo para mantener una reunión el próximo día 24 de abril. Nuestro Colegio profesional está representado en dicha comisión por el Decano, D. Juan López.

Parlem amb...

Ángel Basas por Javier Montáñez Aguilera

Fisioterapeuta de la Real Federación Española de Atletismo



El deporte, tanto amateur como profesional, está en continua expansión. Cada vez más personas deciden asomarse a la práctica deportiva del mismo modo que en el ámbito profesional aumenta el nivel de exigencia al que se ven sometidos los deportistas. Este hecho plantea una serie de necesidades en esta población que han de ser satisfechas por el profesional Fisioterapeuta por lo que estamos obligados a profundizar, actualizar y perfeccionar nuestras herramientas terapéuticas.

En éste ámbito de actuación, el fin último de nuestra intervención ha de ser la recuperación del gesto deportivo. En este sentido la Electroestimulación se muestra como un recurso terapéutico idóneo, y para hablarnos de esta técnica tenemos con nosotros a Ángel Basas García, Fisioterapeuta de la Real Federación Española de Atletismo.

¿En que consiste la Electroestimulación?

La Electroestimulación es un método artificial de estimulación muscular mediante corrientes eléctricas. Se puede aplicar como método preventivo, terapéutico y readaptativo, sobre aquellas regiones musculares que por su patología no puedan completar su desarrollo con métodos de fortalecimiento tradicionales, consiguiendo de esta forma un desarrollo funcional del músculo, difícil de conseguir con otras técnicas.

¿De qué forma se ha introducido en España y desde cuando se está trabajando con esta técnica?

No podría responderte con precisión, pero parece que su introducción se hace a través de los resultados obtenidos con los deportistas en Rusia durante los años 70. En los 80 la primera per-

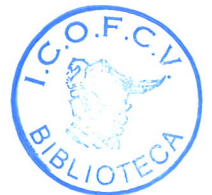
sona que parece interesarse en profundidad sobre este tema en nuestro país es Joaquín Vijil, fisioterapeuta de FREMAP en Madrid. Cuando yo llego a la Real Federación Española de Atletismo el 1991, ya el entonces responsable de Fisioterapia Miguel Ángel Álvarez aplicaba técnicas de electroestimulación con los atletas. Desconozco si alguien antes en España la aplicaba en el campo deportivo.

Tú es un gran conocedor de la técnica y además impartes cursos de postgrado. ¿En qué casos la aplicas y en cuáles se ha mostrado especialmente eficaz?

Aplicamos la electroestimulación siempre que el músculo tenga algún problema para su desarrollo con métodos tradicionales de musculación. Por ejemplo en las condropatías, el cuádriceps necesita un reequilibrio difícil de conseguir de forma natural o después de roturas musculares y ya en la fase de readaptación fortalecemos, a la vez que estiramos el músculo mediante la electroestimulación, para prevenir recidivas.

Pero curiosamente la patología por excelencia en la que aplicamos la electroestimulación no es muscular, sino tendinosa. Ayudamos a la regeneración tendinosa a través de tensiones del músculo provocadas por la Electroestimulación en posición de estiramiento. Se ha demostrado que estas tensiones ayudan en la metabolización de colágeno y este será el fenómeno celular clave para la regeneración tendinosa. Desde hace años venimos aplicando protocolos efectivos sobre todo para la tendinosis rotuliana.

¿Puedes señalar algún caso concreto de deportista en el que su empleo haya constituido el eje central del tratamiento y comentarnos el resultado obtenido?





Varios saltadores han sido los responsables del desarrollo del protocolo. Todo saltador de altura tiene tendinitis rotuliana en mayor o menor grado. Como el mecanismo de producción no se puede ni siquiera reducir, pensamos que lo mejor sería reforzar esos tendones para que fueran capaces de soportar las tensiones de los saltos, y así fue.

Arturo Ortiz (record nacional de salto de altura) después de pasar por quirófano y con la vuelta a la competición volvieron las molestias. Ese fue el día en que decidimos comenzar a desarrollar un protocolo. Desde entonces, muchos saltadores de nivel mundial han realizado y realizan el protocolo. Raúl Chapado (mejor triplista de la historia en España) e Ignacio Pérez (sucesor de Arturo Ortiz) tenían un pronóstico quirúrgico que evitaron con la aplicación del método.

Otro caso que a mi me estimuló mucho fue la grave lesión de Manolo Martínez (Campeón del Mundo de lanzamiento de peso). Tras una triada y en la fase de readaptación aplicábamos electroestimulación, aunque en este caso era una técnica más, no era el eje central. La recuperación fue espectacular y un año después quedó Campeón de Europa, para este año pasado conseguir el Campeonato del Mundo de pista cubierta. Manolo fue un ejemplo de profesionalidad al 100%.

¿Con qué otras técnicas sueles combinar la Electroestimulación?

El beneficio de la electroestimulación está en su combinación con otras técnicas, ni la aplico, ni la entiendo de forma aislada.

Siempre que nos encontramos con una lesión muscular, la fase de readaptación se completa con Electroestimulación combinada con estiramientos, de tal forma que fortalecemos a la vez que mejoramos la elasticidad muscular. También en las fases de readaptación de las lesiones articulares que nos mantienen inactivos un tiempo, la combinamos con ejercicios de Facilitación

Neuromuscular Propioceptiva, como un medio que da complejidad al ejercicio, reentrenando y mejorando con esto la respuesta neuromotriz.

En los periodos largos de inactividad como puede ser una postcirugía, la readaptación será más paulatina y la combinaremos con todas las técnicas de musculación, nunca la aplicaremos de forma aislada y como única técnica de fortalecimiento

Háblanos de las contraindicaciones. Al margen de las generales de la electroterapia, ¿existe alguna específica?

Está contraindicada en todas aquellas lesiones musculares y tendinosas agudas. Si el sistema músculo-tendinoso sufre algún proceso inflamatorio esperearemos a que pase esta fase. También en el caso de entesopatías deberemos extremar las precauciones, pudiendo realizar electroestimulación en isométrico y con el músculo en acortamiento, nunca en estiramiento en una primera fase.

En los adolescentes, antes de aplicar la electroestimulación debemos comprobar que el cartílago de crecimiento está ya osificado, de lo contrario las aplicaciones con tensión en estiramiento estarán también contraindicadas.

Quisiera terminar comentando que estamos ante un método válido para las tres fases en las que actúa la fisioterapia; en la fase preventiva, en la resolutive y en la readaptativa, pero siempre combinado con el resto de los métodos y técnicas de la fisioterapia. Quizás ahí radica lo apasionante de la fisioterapia, en saber combinar y aplicar una serie de técnicas y métodos que por separado no tendrían el efecto que se consigue con su combinación.

Muchas gracias Ángel por tu tiempo y por abrirnos al conocimiento de ésta técnica terapéutica que tan buenos resultados está dando en un ámbito tan exigente como es el del deporte de alta competición.

Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo en Reeducción Motora tras Lesiones del Sistema Nervioso Central

Introducción

“Los hombres deben saber que es del encéfalo, y sólo del encéfalo, de donde surgen nuestros placeres, alegrías, risas y bromas, así como nuestras penas, dolores, tristezas y lágrimas. Concretamente, a través de él, pensamos, vemos, oímos y distinguimos lo feo de lo hermoso, lo malo de lo bueno, lo agradable de lo desagradable...”

Es lo mismo que nos vuelve locos o delirantes, nos inspira miedo o pavor, ya sea de día o de noche, nos produce insomnio, errores inoportunos, preocupaciones sin sentido, falta de motivación y actos contrarios a nuestros hábitos”.

Atribuido a Hipócrates, Siglo V a.c

Ya Hipócrates en el siglo V a.c atribuía al encéfalo todas estas funciones y muchas más. Dentro de ellas podemos supeditar una que es causa y consecuencia de todos estos comportamientos y emociones, nos referimos al movimiento: movimiento selectivo dirigido a un fin/objetivo determinado, que es la expresión final ante una idea, pensamiento o estímulo.

No podemos atribuir la responsabilidad de la organización-planificación y ejecución de un movimiento al impulso o excitación que recibe una unidad motora; o al acortamiento/elongación del sarcómero, o a la contracción concéntrica/excéntrica de determinado grupo muscular; o a la activación de determinados circuitos neurales en la médula espinal... Movimiento es la activación de una serie de músculos o cadenas musculares programado desde nivel cortical como respuesta a una idea, pensamiento o estímulo. El movimiento siempre está organizado-programado y finamente regulado por los niveles más organizados y evolucionados de la jerarquía funcional del Sistema Nervioso Central, es decir, por el córtex.

A lo largo de la historia de la neuro-rehabilitación se han ido desarrollando diferentes teorías y técnicas/métodos de intervención paralelamente a la adquisición de nuevos descubrimientos en neurofisiología. En todos estos métodos se recurría a diferentes recursos para conseguir la recuperación del movimiento voluntario y selectivo: como encontrar los estímulos que incitan al paciente a moverse o a hablar; compensar el déficit cuantitativo de reclutamiento motor buscando la modalidad más eficaz para provocar contracciones musculares valiosas, pero sin preocuparse de integrar las contracciones musculares recuperadas al conjunto

**Ya Hipócrates en el siglo V a.c
atribuía al encéfalo todas estas
funciones y muchas más.**

de cadenas cinéticas completas; o programar la intervención recurriendo a reflejos para determinar el movimiento sin necesitar la participación consciente del paciente.

Sin embargo, se ha demostrado que el verdadero problema del paciente radica en reorganizar las capacidades del SNC para activar los esquemas fisiológicos del movimiento perdidos a causa de la lesión, de forma que puedan adaptarse y variar en función de las necesidades de relación con el mundo exterior.

El Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo, tradicionalmente conocido como Método Perfetti, se nos presenta como un nuevo enfoque de tratamiento de las secuelas motoras y sensitivas presentes tras lesiones en el Sistema Nervioso Central; fundamentado en recientes estudios y descubrimientos de las Neurociencias. Se engloba dentro de la teoría cognitiva de la rehabilitación, aunque conserva ciertos paralelismos con otros métodos neuromotores. Así, la recuperación del movimiento tras un proceso patológico de origen central, se considera un proceso de aprendizaje en situación patológica, donde los instrumentos para aprender están representados por los mismos elementos cognoscitivos del SNC. La sensibilidad superficial y profunda, la sensibilidad a la presión, el lenguaje y las visualizaciones, la imagen como representación inicial del movimiento, constituyen la base del proceso terapéutico.

Principios del ejercicio terapéutico cognoscitivo

El método nace durante los años 70 en Italia cuando el profesor Carlo Perfetti en colaboración con médicos, terapeutas, fisiólogos, lingüistas epistemológicos y bioingenieros des-

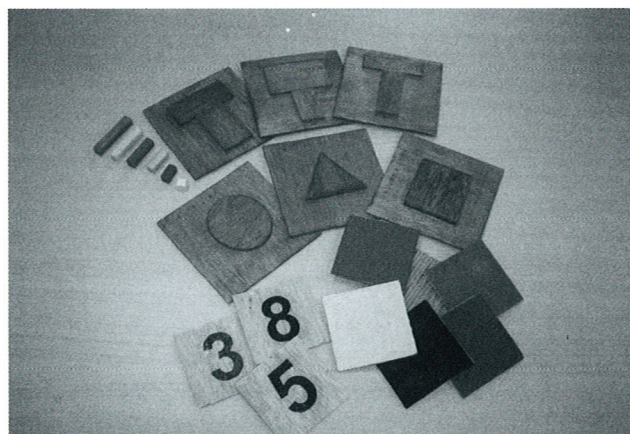


Figura 1. Subsidijs: formas, números, objetos, texturas... son el instrumento utilizado para elaborar la hipótesis perceptiva y conseguir la activación de procesos cognoscitivos.



Figura 2. Respuesta exagerada al estiramiento del extensor propio del índice que se irradia a músculos flexores de los dedos, de la muñeca e incluso del codo.

arrolló un método de rehabilitación propio. Comenzaron a trabajar sobre algunos conceptos básicos que permitieron iniciar una oposición fundada a los métodos tradicionales: movilidad de la mano (el segmento más descuidado por los métodos tradicionales, ya que no conseguían encontrar solución a este segmento de movilidad un tanto peculiar), la sensibilidad (la mano debía ser considerada el órgano del tacto y se consideró necesario recurrir a la percepción táctil) y el conocimiento (el movimiento se origina a nivel cortical y en él, están implícitos procesos cognitivos que no podemos obviar en la rehabilitación. Así pues, se trató de introducir variables cognitivas en el desarrollo de los ejercicios).

Algunos principios básicos sobre los que se sustenta el método son:

- La rehabilitación se considera un aprendizaje, o mejor, un reaprendizaje de habilidades motoras en situación patológica, existiendo ciertos obstáculos que lo dificultan.
- La cinestesia no puede activarse con independencia del tacto, éste no puede activarse sin el acompañamiento de aquella. Movimiento y sensación van siempre juntos. El movimiento es un medio para interactuar con el mundo. Tras una lesión motora el sujeto ha sufrido una reducción importante de su capacidad de organización motora.
- Desde la teoría cognitiva la intervención terapéutica deberá programarse no tanto respecto a las contracciones de los distintos músculos, unidades motoras o grupos musculares que pueden activarse voluntariamente o por vía refleja, sino pensando en los mecanismos que constituyen la base del aprendizaje motor. La capacidad de organizar actos motores complejos y ejecutar los movi-

mientos con precisión depende de las señales de control motor procedentes de las áreas motoras de la corteza cerebral, y esto depende de la activación de una serie de procesos cognitivos/cognoscitivos implicados en el desarrollo del movimiento. La recuperación consistirá en la activación de una serie de procesos cognoscitivos.

■ Así pues, el enfoque de la rehabilitación basada en el conocimiento introduce en el ejercicio una serie de objetos con los que el paciente deberá entrar en relación, prestando atención a sus características táctiles. Para que exista aprendizaje motor se debe disponer de informaciones conscientes y precisas, se prefieren las de origen cinestésico y exteroceptivo a las visuales.

■ "Cualquier alteración biológica de nuestro sistema nervioso modifica nuestra capacidad cognitiva" (Maturana, 1990), al igual que todo conocimiento o aprendizaje nuevo modificarán el sistema nervioso central. La base de la teoría cognitiva es que la activación de los procesos cognitivos permite al sujeto entrar en relación con el mundo para conocerlo, tanto en condiciones normales (aprendizaje), como en condiciones patológicas (recuperación).

■ El ejercicio siempre precisará la elaboración de una hipótesis perceptiva y la comprobación de la misma, a través de la activación de procesos cognitivos. Siempre tiene que haber algún contenido que exija un reconocimiento/aprendizaje por parte del paciente.

■ Se emplean subsidios que son objetos/figuras bidimensionales y tridimensionales que se diferencian por peculiaridades más o menos acusadas y constituyen series de 3 o 4 elementos. Los subsidios son simplificaciones de la realidad (letras, números, figuras abstractas... con características diferenciadas), para facilitar la tarea perceptiva. (Figura 1)

■ El sentido de la progresión es disto-proximal, dada la importancia de la sensibilidad y la percepción en pies y manos en el desarrollo del movimiento/funcional de toda la extremidad.

El ejercicio siempre precisará la elaboración de una hipótesis perceptiva y la comprobación de la misma.

■ Este método se adapta particularmente a la reeducación de la prensión. Se aplica a pacientes que pueden diferenciar y localizar dos tipos de sensación. Indicada en pacientes que recuperan la sensibilidad exteroceptiva y cinestésica.

INTERPRETACION DE LA PATOLOGIA MOTORA: El específico motor

Tradicionalmente la espasticidad se define como la anomalía del tono muscular (aumentado) caracterizada por un aumento de la respuesta al estiramiento pasivo de un músculo, dependiente de la velocidad del movimiento y acom-

pañada de una exageración de los reflejos tendinosos.

Desde el Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo se entiende la deficiencia motriz del hemipléjico como la incapacidad para realizar movimientos adaptados, es decir, variables y fraccionados. Se caracteriza este déficit motor como un conjunto sintomático: ESPECÍFICO MOTOR.

■ *La intervención irá dirigida a tratar de identificar los elementos que determinan una reorganización insuficiente*



Figura 3. Irradiación patológica presente en la extremidad superior que aparece durante la marcha y acompaña a la realización de otras actividades que suponen un esfuerzo.

o incorrecta y seleccionar los más importantes de ellos con la intención de producir cierta modificación a través del ejercicio.

■ **REACCIONES ANORMALES AL ESTIRAMIENTO:** Acentuación anormal de la reacción de estiramiento que presenta un umbral más bajo en relación con la velocidad y la importancia del estiramiento; y que, por la aparición del fenómeno de irradiación, se extiende a músculos distintos de los estirados (figura 2). Resulta menos importante el valor absoluto de la reacción al estiramiento que la valoración de la capacidad del sujeto para controlarla en relación con determinadas tareas, y posteriormente, de automatizar ese control.

■ **IRRADIACIONES ANORMALES O PATOLÓGICAS:** Levin y Kabat (1953) demostraron que la contracción voluntaria de un grupo muscular produce la contracción de otros grupos musculares relacionados funcionalmente, que es más intensa cuanto más unidades motoras se activan y mayor es la frecuencia de sus descargas.

El fenómeno aparece claramente acentuado en el paciente hemipléjico, como respuesta a cualquier estímulo causante de actividad motora refleja o en relación con los movimientos voluntarios (figura 3). El hemipléjico presenta:

■ **Diferencias cuantitativas:** umbral más bajo para la aparición de la irradiación e intensidad mayor del fenómeno (en dependencia de la carga motora por controlar).

■ **Diferencias cualitativas:** la irradiación del sujeto hemipléjico activa siempre a los mismos grupos musculares, incluidos en los esquemas sinérgicos y que no tienen ninguna funcionalidad en lo que se refiere a la tarea motora. En la persona sana la irradiación tiene un significado funcional muy preciso, pues activa esquemas que varían con cada acción, mientras que, en el hemipléjico, los esquemas activados son siempre idénticos. Es como si sólo tuviera a disposición ciertos esquemas segmentarios y que, cualquiera que sea el

origen de la activación, sólo pudiera lograrse una misma respuesta.

■ **ESQUEMAS ELEMENTALES:** El hemipléjico presenta una movilidad voluntaria muy pobre, su repertorio motor está constituido únicamente por esquemas elementales, groseros (fáciles de inducir), con una espacio-temporalidad preestablecida. Esquemas groseros este-reotipados similares en todos los hemipléjicos. Estos esquemas se activan con más facilidad que otros porque son los primeros movimientos que aparecen y son fáciles de conseguir, además de esto: "El Sistema Nervioso Central refleja fielmente en todo momento el estado de la musculatura (de todos los receptores) del cuerpo." Magnus, 1924. El SNC aprende lo que se encuentra a su disposición y lo que nosotros le mostramos o enseñamos. Si sólo tiene patrones groseros e ineficaces de movimiento y no enseñamos una alternativa a ese movimiento, nunca podrá disponer de movimiento adaptados, es decir, variables y fraccionados.

■ **ALTERACIONES DEL RECLUTAMIENTO MOTOR:** La capacidad para contraer distintos grupos musculares puede ser recuperada progresivamente pero la posibilidad de activar el número adecuado de unidades motoras, suficiente para la ejecución de tareas motoras evolucionadas, no llega a ser completa.

La imposibilidad de efectuar un reclutamiento adecuado a la tarea motora contribuye a aumentar la dificultad de control ya existente, causando, con mayor facilidad, la aparición de contracciones irradiadas y de esquemas elementales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según los elementos del específico motor que se quieren poner bajo control los ejercicios se dividen en distintos grados:

EJERCICIOS DE PRIMER GRADO: Se utilizan para que el paciente aprenda a controlar la reacción anormal al estiramiento, componente elemental de la movilidad patológica que debe ponerse bajo control antes de poder permitirse cualquier prestación motora voluntaria. Sirven, además, para favorecer la adquisición y el mantenimiento de esquemas motores correctos, así como mejorar las alteraciones de la sensibilidad.

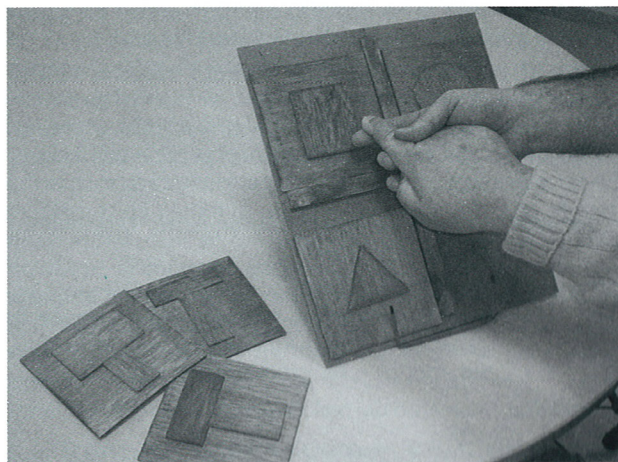


Figura 4. Ejercicio global para la extremidad superior que implica el reconocimiento de figuras geométricas.

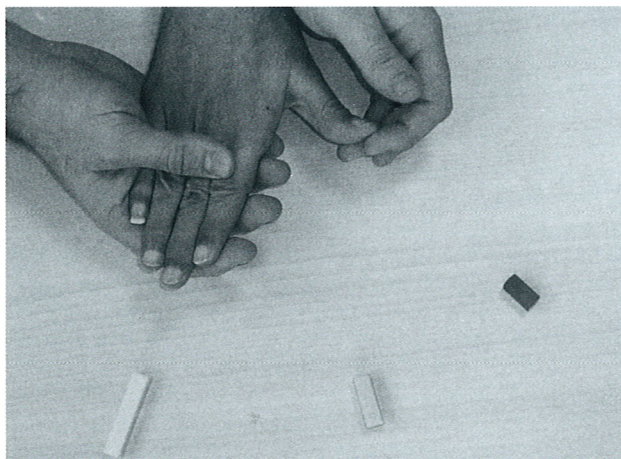


Figura 5. Ejercicio segmentario de primer grado para el control de la respuesta al estiramiento de los desviadores radiales y cubitales de la muñeca, reconocimiento de posiciones en el espacio.

Ejercicios de Segundo Grado:

Tratan de guiar al paciente para que adquiera el control de los efectos de la irradiación, determinada por la contracción activa de grupos musculares más o menos distantes de aquél sobre cuya contracción irradiada debe ser efectuado el control. Con estos ejercicios comienza también el trabajo terapéutico sobre el movimiento voluntario ejecutado, puesto que el control de la irradiación permite la ejecución de contracciones activas que se alejan de los esquemas o patrones elementales de movimiento.

Ejercicios de Tercer Grado:

El objetivo de estos ejercicios, además de permitir al paciente el reclutamiento de un número mayor de unidades motoras, consiste en lograr que pueda efectuar los reclutamientos en distintas combinaciones temporales y espaciales, a fin de que recupere las finas regulaciones del movimiento que permitan su adaptación.

¿Cómo ejecutamos un ejercicio? (Figuras 4 y 5).

■ *Presentación - Análisis visual: le hacemos percibir al paciente los subsidios.*

¿Cuáles son las diferencias?

(Orientación)-Información / análisis visual.

■ *Le pedimos al paciente que cierre los ojos.*

■ *Hacemos sentir 3 figuras / objetos / trayectos / texturas / resistencias siempre en la misma posición. Presentamos las informaciones somestésicas y propioceptivas a velocidad constante, con presión constante y con una dirección indistinta, pero siempre la misma.*

- 1.º grado:** Control respuesta estiramiento. Movimiento pasivo, sólo sentir.
- 2.º grado:** Control irradiación y esquemas elementales. Movimiento activo-asistido o activo, según la capacidad de movimiento de cada individuo, sin aparición de irradiaciones.
- 3.º grado:** Aumento del reclutamiento motor. Movimiento activo.

■ *Presentamos una de ellas y se le pide que trate de reconocerla.*

■ *Cuando no hay ajustes del tono las presas serán proximales: 1º grado, después progresivamente presas proximales para liberar articulaciones: 2º grado.*

■ *Cuando hay problemas cognitivos dos objetos en lugar de tres, después iremos progresando en dificultad en lugar de elementos.*

■ *Cuando el ejercicio resulta fácil hay que cambiarlo y aumentar en dificultad. Porque si no hay una hipótesis perceptiva no hay aprendizaje ni activación de procesos corticales; y, por tanto, no hay modificación de la respuesta motora.*

Bibliografía:

"El Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto"
Carlo Perfetti
Edika Med, 1998.

"Reeducación sensitivomotora. Técnica de Perfetti"
Y. Ricard, J. L. Le Guiet y otros.
Enciclopedia Médico-Quirúrgica.
Editorial Masson.

Artículos de la revista *"Riabilitazione Cognitiva"* de la ARS (Academia Riabilitativa Scledense).
- Principios de Neurociencia.
Kandel, Schwartz, Jessel.
Editorial Mc Grawn Hill.

Objetivos de la Fisioterapia en Inestabilidad Lumbar.

Análisis de la literatura

por Álvaro Vilanova Giner y Eva Segura Ortí

Palabras Clave: Inestabilidad lumbar, Espondilolistesis, Multífido, Transverso del abdomen, Isométricos, Contracción Tónica, Resistencia.

1. Introducción

El dolor lumbar es uno de los mayores problemas socioeconómicos en las sociedades industrializadas (14), está presente en todos aquellos trabajos que implican sedestación prolongada o manipulación de objetos y levantamiento de materiales ya que estos últimos requieren frecuente inclinación lateral, rotación y flexo-extensión de la columna lumbar (8, 9). Algunos autores (13) definen la inestabilidad lumbar como una fase temporal en el proceso degenerativo de la columna lumbar, generalmente asociada a espondilolisis o espondilolistesis, con síntomas bien definidos: dolor lumbar central en posturas prolongadas y estáticas de soporte de peso corporal; escalón palpable y visible en la zona baja lumbar; el llamado "instability catch" (chasquido doloroso repentino en la extensión).

La inestabilidad lumbar está considerada como uno de los factores con mayor presencia en pacientes con dolor lumbar crónico (10). Según Panjabi (11) la inestabilidad no ha sido bien comprendida y está pobremente definida. En la mayor parte de los tipos de dolor lumbar la etiología es desconocida por lo cual no debe sorprendernos que muchos de los tratamientos empleados en la actualidad sean relativamente inefectivos.

Algunos síntomas clínicos como el dolor inmediato después de sentarse y el alivio después de levantarse están directamente relacionados, según algunos autores, (7) con la inestabilidad lumbar

Este trabajo analiza la literatura sobre los objetivos de la fisioterapia en la inestabilidad lumbar. La búsqueda bibliográfica ha sido realizada en Internet a través de Pubmed y Medline, habiendo accedido también a artículos de la Cochrane Library.

2. Análisis de la literatura: Resultados

2.1. Estudios Radiológicos

Algunos autores (13) nos muestran, en un trabajo realizado con 306 pacientes con sospecha clínica de inestabi-

lidad lumbar que solamente el 26% de las radiografías en flexión/extensión y el 2% en tracción/compresión ofrecen signos radiológicos de inestabilidad lumbar. Los mismos autores estudian a 46 pacientes con espondilolistesis de los cuales 41 aparecen como radiológicamente estables en radiografías de flexión/extensión y de tracción/compresión.

Estudios de inestabilidad en postoperatorio realizados con 191 pacientes muestran como en el 64% de los mismos aparece una estenosis radiológica que no se observa en la clínica (3)

2.2. Subsistemas estabilizadores

Panjabi (11, 12) define el sistema estabilizador de la columna dividiéndolo en tres subsistemas; Subsistema pasivo: vértebras, facetas articulares, discos intervertebrales, ligamentos espinales y cápsulas articulares además de las propiedades mecánicas pasivas de la musculatura; Subsistema activo: músculos y tendones alrededor de la columna; Subsistema neural: receptores de movimiento y tensión localizados en ligamentos, tendones y músculos y los centros de control neural. Estos subsistemas aunque conceptualmente están separados, funcionan interdependientemente. Cualquier deficiencia producida de forma aguda o gradual en el subsistema pasivo, es detectada por el subsistema neural que intenta compensarla iniciando los cambios apropiados en el subsistema activo. Si la deficiencia excede a los límites de compensación del propio sistema espinal se manifiestan los problemas bien agudos o crónicos, un tono muscular aumentado por el entrenamiento disminuye el riesgo de problemas de columna aportando estabilidad. El mismo autor indica que en los últimos años de vida la fuerza muscular disminuye pero la rigidez de la columna aumenta debido a la formación de osteofitos y a la hipertrofia facetaria. El autor sugiere que el subsistema pasivo puede estar intentando compensar la menor capacidad estabilizadora del subsistema activo.

2.3. Transverso del Abdomen y Multífido

Trabajos que analizan el papel de la musculatura abdominal y específicamente del transverso del abdomen por

medio de EMG (6) nos muestran como los pacientes que no tienen dolor lumbar contraen en primer lugar el transverso del abdomen ante cualquier movimiento rápido del hombro (lo que supone una desestabilización para la columna) mientras que en aquellos en los que hay dolor lumbar se produce un retraso significativo de la contracción de este músculo en los mismos movimientos lo cual sugiere un papel importante del transverso del abdomen en relación con la columna lumbar.

Otros autores (2) realizan un estudio en el que someten a varios individuos sanos a cargas a nivel torácico tanto esperadas como inesperadas y de ubicación ventral o dorsal, obteniendo como conclusión que ante cargas ventrales la musculatura que antes se activa es en todos los casos el transverso del abdomen. Las mediciones de EMG previas a los desequilibrios con el sujeto en bipedestación relajada muestran actividad tónica en el Transverso del abdomen y en el Erector de la columna mientras que los oblicuos interno y externo y el recto del abdomen muestran silencio electromiográfico.

En algunos estudios con seguimiento a tres años el grupo control es tratado exclusivamente con terapia médica (consejos posturales y medicación) y el grupo experimental además de la terapia médica realiza ejercicios específicamente diseñados en los que se producen co-contracciones del multifido y transverso del abdomen en pacientes con fases agudas y recurrentes de dolor lumbar. El objetivo del estudio es la comparación de la recurrencia del dolor lumbar en ambos grupos. El resultado muestra como al cabo del primer año en el grupo que ha realizado estos ejercicios la recurrencia aparece en el 30% de los pacientes mientras que en el grupo control ha sido del 80%. Los resultados después de tres años son del 35% y el 75% respectivamente. (4)

En otra publicación del mismo autor (5) se observa como en los dos grupos de pacientes descritos anteriormente la recuperación del multifido no se realiza de forma espontánea en los pacientes del grupo control a pesar de su nivel de actividad normal mientras sí que se produce la recuperación en el grupo que recibe terapia específica. Esta recuperación es valorada en cuanto a dolor (McGill Pain Questionnaire), discapacidad (Roland Morris Disability Index), amplitud articular lumbar (Doble Inclinómetro) y medición del área de la sección transversal del multifido mediante imagen por ultrasonidos. El autor quiere mostrar con esto la razón de la mayor tendencia a la recurrencia en el grupo control. (5)

Otro estudio realizado de una forma similar con un seguimiento de 30 meses muestra un grupo de pacientes con espondilolisis o espondilolistesis. Parte de ellos recibieron un tratamiento de ejercicios específicos basados en contracciones del multifido y transverso del abdomen. El grupo control recibió terapia local de calor, masaje, ultrasonidos y determinadas actividades físicas (caminar, natación, gimnasio). Se observaron las siguientes diferencias tanto en términos de discapacidad funcional (Oswestry Disability Questionnaire) como de intensidad del dolor (McGill Pain Questionnaire). La discapacidad funcional en el grupo control antes de la prueba es del 26% mientras que 30 meses después es del 30%. En el grupo que recibe tratamiento específico pasa de 29% a 15%. En cuanto a la intensidad del dolor, en el grupo control antes de la prueba es del 53% y 30 meses

después es del 52%. En el grupo de tratamiento específico pasa del 59% al 23%. Los resultados muestran las medias y desviaciones standard de cada grupo. (10)

2.4. Presión intra-abdominal

El mecanismo de presión intra-abdominal como estabilizador de la columna lumbar es apoyado por varios autores (8, 9, 2).

Otros autores (1) critican el concepto de mecanismo de presión intra-abdominal, muy extendida entre los fisioterapeutas. Basándose en estudios de bio-ingeniería los autores indican que un aumento deliberado de la presión intra-abdominal mediante una maniobra de valsalva no disminuye la carga en la columna lumbar sino que de hecho la aumenta. Dichos estudios aseguran que para generar un efecto anti-flexión la presión requerida excede de la capacidad máxima de contracción de la musculatura abdominal, por otra parte la presión sería suficientemente grande como para obstruir la aorta y además a la vista de las inserciones entre el tórax y la pelvis por delante de la columna, cualquier contracción para generar presión abdominal lleva implícita un componente de flexión suficiente como para negar cualquier valor anti-flexión del mecanismo de presión abdominal.

Nivel de Evidencia

I a.	Evidencia obtenida mediante meta-análisis de estudios aleatorios controlados (Randomized controlled trials RCT)
I b.	Evidencia obtenida al menos de un RCT
II a.	Evidencia obtenida de, al menos, un estudio bien diseñado con grupo control pero sin muestras aleatorias
II b.	Evidencia obtenida de otro tipo de estudio bien diseñado tipo quasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados no experimentales y descriptivos, como estudios comparativos, estudios correlacionales y casos clínicos.
IV	Evidencia obtenida de informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas.

Tabla 1.

3. Conclusiones

Para valorar el nivel de evidencia científica de la literatura hemos utilizado la escala que aparece en la tabla 1 (AHCP, 1992)

En primer lugar destacamos la aportación de Panjabi (11, 12) al relacionar la estabilidad de la columna vertebral no solo con el sistema pasivo sino también con el activo y el neural. Esto implica directamente al fisioterapeuta como protagonista en la recuperación funcional de esta patología. Es difícil valorar la cali-

dad de la evidencia científica de este trabajo ya que el autor presenta una hipótesis basada en estudios a los que no tenemos acceso.

La literatura revisada concluye que hay escasa relación entre los hallazgos radiológicos y clínicos (13, 3), aunque el nivel de evidencia de los estudios no es muy elevado dado que son estudios descriptivos con un número elevado de sujetos (en total unos 500 sujetos) sin que hayan sido elegidos aleatoriamente.

El estudio de la relación entre el dolor inmediatamente posterior a la sedestación y la inestabilidad lumbar (7) se realiza sobre un grupo aleatorio de 42 pacientes con grupo control, es un RCT.

Nos parecen especialmente interesantes las conclusiones de algunos autores en las que se atribuye al trabajo del multifido la no recurrencia del dolor lumbar y también se observa la necesidad de un trabajo específico para la recuperación del multifido ya que tras la actividad normal no existe dicha recuperación (4, 5). El nivel de evidencia de estos trabajos es muy alto, ambos son RCT ya que tienen grupo control y la muestra ha sido escogida de forma aleatoria.

También destacamos los trabajos de estudios electromiográficos (6, 2) en los que se muestra el papel estabilizador del transverso del abdomen y del multifido. De estos dos el primero es un RCT, mientras que el segundo es un estudio no experimental de tipo descriptivo.

Aunque no de una forma totalmente homogénea y con pequeñas diferencias, la mayoría de los autores coinciden en sus objetivos de la fisioterapia. Hemos buscado otras tendencias o formas de trabajar distintas a la expuesta, pero dentro de la literatura a la que hemos tenido acceso solo hemos obtenido referencias sobre distintas modalidades de intervenciones quirúrgicas, lógicamente éstas no deben formar parte de este trabajo. Es necesaria una mayor investigación dentro de la fisioterapia para buscar tratamientos alternativos que puedan ser comparados con los expuestos en este trabajo.

4. Resumen

- La recuperación funcional de la inestabilidad lumbar es un campo abierto a los fisioterapeutas.
- Existe una discrepancia significativa entre los hallazgos radiológicos y los clínicos a la hora de valorar la inestabilidad lumbar.
- Los objetivos en fisioterapia para la recuperación de la inestabilidad lumbar son el trabajo específico de la musculatura profunda (multifido y transverso del abdomen)

Bibliografía:

- 1- **BOGDUK N.:** *Clinical anatomy of the lumbar spine and sacrum.* London: Churchill Living-stone, 2003
- 2- **CRESSWELL A.G., ODDSSON L., THORSTENSON A.:** *The influence of sudden perturbations on trunk muscle activity and intra-abdominal pressure while standing.* *Experimental brain research* 1994 98 (2) 336-341
- 3- **HERNO A., AIRAKSINEN O., SAARI T., PITKANEN M., MANNINEN H., SUOMALAINEN O.:** *Computed tomography findings 4 years after surgical management of lumbar spinal stenosis, no correlation with clinical outcome* *Spine* 1999 24(21) 2234-2239
- 4- **HIDES J.A., JULL G.A., RICHARDSON C.A.** *Long term effect of specific stabilizing exercises for first episode low back pain* *Spine* 2001 26 (11) E243-E248
- 5- **HIDES J.A., RICHARDSON C.A., JULL G.A.:** *Multifidus muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first episode low back pain.* *Spine* 1996 21 (23) 2763-2769
- 6- **HODGES P., RICHARDSON C.:** *Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain: a motor control evaluation of Transversus Abdominis.* *Spine* 1996 21 (22) 2640-2650
- 7- **MAIGNE J.Y., LAPEYRE E., MORVAN G., CHETILLIER G.:** *Pain immediately upon sitting down and relieved by standing up is often associated with radiologic lumbar instability or marked anterior loss of disc space.* *Spine* 2003 28 (12) 1327-1334.
- 8- **NORRIS C.** *Spinal stabilisation. Active lumbar stabilisation, concepts; Limiting factors to end-range motion in the lumbar spine; Stabilisation mechanism of the lumbar spine.* *Physiotherapy* 1995 81(2) 61-79
- 9- **NORRIS C.** *Muscle imbalance and the low back; An exercise program to enhance lumbar stabilisation.* *Physiotherapy* 1995 81(3) 127-144
- 10- **O'SULLIVAN P., DIP G., TWOMEY L., ALLISON G.:** *Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis.* *Spine* 1997, 22 (24) 2959-2967
- 11- **PANJABI MM.** *The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunctions, adaptation, and enhancement.* *Journal of spinal disorders* 1992 5 (4) 383-389
- 12- **PANJABI MM.** *The stabilizing system of the spine. Part II. Neutral zone and instability hypothesis.* *Journal of spinal disorders* 1992 5 (4) 390-396
- 13- **PITKANEN M., MANNINEN H., LINDGREN K.A., TURUNEN M., AIRAKSINEN O.:** *Limited usefulness of traction - compression films in the radiographic diagnosis of lumbar spinal instability: Comparison with flexion-extension films.* *Spine* 1997 22 (2) 193-197
- 14- **SHIRADO O., ITO T., KANEDA K., STRAX T.:** *Electromyographic Analysis of four techniques for isometric trunk muscle exercises.* *Arch. Physical Medical Rehabilitation* 1995 76 225-229

you can
Canon



PROTECTEL
D.G.P. 2993

Grupo Banco Sabadell

TecnoCredit



1as. Jornadas Fisioterapia Universidad Cardenal Herrera CEU. Técnicas Especiales en la Fisioterapia.

VIERNES 2 ABRIL:

15:30 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN. PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS.

16:00 1ª CHARLA: HIDROTERAPIA APLICADA A LA DEFICIENCIA MOTÓRICA

JAVIER MARTINEZ GRAMAJE
PROFESOR UCH CEU, FISIOTERAPEUTA

16:45 COLOQUIO

17:00 2ª CHARLA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dr LAMBERTO LANDETE PASCUAL
PROFESOR UCH CEU, NEUROLOGO
HOSPITAL DOCTOR PESET

17:45 COLOQUIO

18:00 DESCANSO. CAFÉ DE TRABAJO

18:30 3ª CHARLA: ELECTROTERAPIA EN EL DEPORTE
JOSE APARICI MARÍN
PROFESOR COLABORADOR DE LA UIC

19:15 COLOQUIO

19:30 4ª CHARLA: ORTOPROTÉSICA NEUROLÓGICA
JOSE BERNARDO NOBLEJAS PÉREZ
TÉCNICO ORTOPÉDICO
DIRECTOR GERENTE ORTOPRONO

JOSE BADIA DOMENECH
TÉCNICO ORTOPÉDICO
DIRECTOR TÉCNICO ORTOPRONO

20:15 COLOQUIO

20:30 CLAUSURA
1er DÍA DE LAS JORNADAS



SABADO 3 ABRIL:

9:30 5ª CHARLA: LESIONES DEPORTIVAS

JAVIER MONTAÑEZ AGUILERA
PROFESOR UCH CEU
FISIOTERAPEUTA SELECCIÓN NACIONAL DE BALONMANO

10:15 COLOQUIO

10:30 6ª CHARLA: OSTEOPATIA VISCERAL

JUANJO MORELLO IZQUIERDO
PROFESOR UCH CEU
FISIOTERAPEUTA, OSTEOPATA D.O.

11:15 COLOQUIO

11:30 DESCANSO. CAFÉ DE TRABAJO

12:00 7ª CHARLA: LESIONES JINETE

NIEVES DE BERNARDO TEJEDOR
PROFESORA UCH CEU
FISIOTERAPEUTA
DEL INSTITUTO DE MEDICINA Y DEL DEPORTE

12:45 COLOQUIO

13:00 8ª CHARLA : FISIO-VETERINARIA

ANTONIO RAMÓN BOIXADERAS
FISIOTERAPEUTA

13:45 COLOQUIO

14:00 COMIDA

16:00 9ª CHARLA: ONDAS DE CHOQUE

ANTONIO MORRAL FERNANDEZ
FISIOTERAPEUTA

16:45 COLOQUIO

17:00 10ª CHARLA: LOGOPEDIA

Dra LIRIOS GIBBERT
FONIATRA HOSPITAL LA FE

17:45 COLOQUIO

18:00 11ª CHARLA : FISIOTERAPIA EN EL POST-INFARTO

Mª CRUZ TORREGROSA LLECHES
FISIOTERAPEUTA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA
HOSPITAL GENERAL Y 9 DE OCTUBRE

18:45 COLOQUIO

19:00 CLAUSURA JORNADAS.

ENTREGA DE DIPLOMAS DE ASISTENCIA

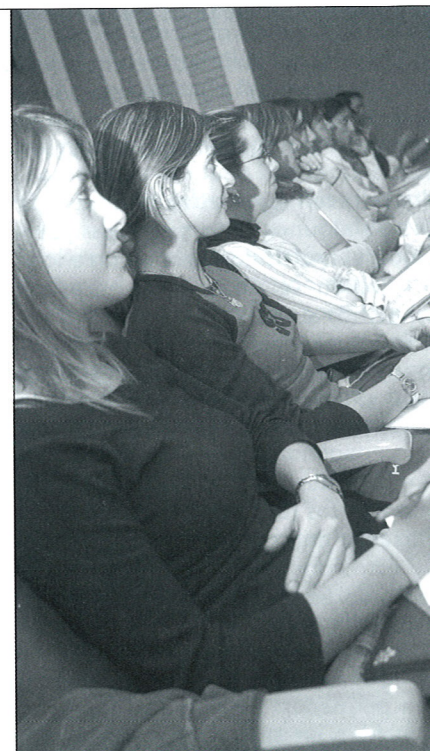
COORDINADORES

JORDI PÉREZ ROIG
LLORENÇ SANSÓ MARGAIX
SARA LOPEZ USERO
VERONICA FORNER GAHETE

ASESORES CIENTÍFICOS:

JAVIER MARTINEZ GRAMAJE :
Fisioterapeuta, profesor UCH CEU

PEDRO ROSADO CALATAYUD :
Fisioterapeuta, Vicedecano de fisioterapia
Fac. ciencias experimentales
y de la salud UCH CEU
Profesor UCH CEU



COLABORADORES

ATM
HELIOS
ENRAF-NONIUS
ORTO-PRONO

VALIDEZ ACADÉMICA

PENDIENTE DE APROBACIÓN POR CREDITO DE LIBRE CONFIGURACIÓN.

PLAZAS

MÍNIMO: 50 ALUMNOS
MÁXIMO: 115 ALUMNOS

MATRÍCULA

30 ALUMNOS CEU
50 OTROS

DÍAS

2 Y 3 DE ABRIL

HORARIO

VIERNES : 15:30 A 20:30
SABADO : 9:30 A 19:00

INSCRIPCIÓN

Transferencia interna (COD.135)
solo en Bancaja.
Nº de cuenta: 2077-0170-20-1100821145

LUGAR

PALACIO COLOMINA
C/ ALMUDIN, 1 - VALENCIA

INFORMACIÓN

JORDI PÉREZ ROIG, ESTUDIANTE 3º
FISIOTERAPIA, TFNO: 669631927,
jordi21pr@hotmail.com
OFICINA BANCAJA: C/ MAJOR, 34 –
ALBUIXECH – TFLO: 96 140 01 03.
PREGUNTAR POR LLORENÇ SANSÓ DÍEZ.

Benvinguts:

El Il·lustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana da la bienvenida a sus nuevos miembros. Con ellos, superamos la cifra de 1.375 profesionales, además de los 19 estudiantes pre-colegiados preocupados por el buen ejercicio de la Fisioterapia y su futuro. El Colegio os invita a participar en las actividades que organice tanto él como otras entidades con las que mantiene una estrecha relación y se pone a vuestra disposición para mantener y construir, entre todos, una profesión seria, independiente y de prestigio. ¡Bienvenidos!

VALENCIA

ELENA MARQUÉS SULÉ
DAVID DELGADO LEREU
JAVIER LÓPEZ BUSTO
INMACULADA BLANCO MOLLÁ
CRISTINA MARÍ MARTÍN
GENE COPPE
LAURA MARTÍN VARGAS
GENARO MUÑOZ SANTIAGO
FRANCISCA BARBERA FELIP
CRISTINA SERRANO AMOROS
CARMEN GARCIA GOMARIZ
FRANCISCO MOLINA EREZ-SALAMERO
CARLOS GORRIS SALES
GUILLERMO REIG MONTEVERDE
HELENA CAMARENA CALABUIG
ESTHER CABEZAS FAYA
MARIA DEL MAR FERRUS SALVADOR
JUAN JOSE LEDO CABALLERO
JAVIER MIÑANA PATIÑO
M^º CARMEN GARCIA PEDRO
MARIA YOLANDA TORTOSA MONTESINOS
FEDERICO BARRACHINA ESTABAN
LAIA ROVIRA COMAS
EVA TORRES MURGUI
ANA ISABEL SOLAZ GARCIA
MARIA JOSÉ NICASIO CUÑAT
INMACULADA SANTES GARCIA
M^º ANGELES DOÑATE BASELGA
DIANA RUBIO SERRANO
DIANA SANCHIS ESPI
LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ CASTILLEJO
EVA SEGURA ORTÍ
EVA HERRANZ MERINO
M^º AMPARO MORENO MICO
VICENT ESTEVE I SUBIES
JOSE ELIAS MARTI DASI
ARANZAZU GRAMAJE RUIZ
ANA MARIA GOMEZ SORIANO
AMPARO ARANDA MARES
ANA M^º RUEDA PEREZ
CATALINA MARIA ROSER MAS
M. PILAR NIETO GIL
M^º ELVIRA BRISA VALERO
JOAN CASTELL GIRBES
SERGIO JESÚS CAPLLIURE BODI
JUAN JOSE FERRI TARRAZONA
ROMAN CALABUIG BAEZA

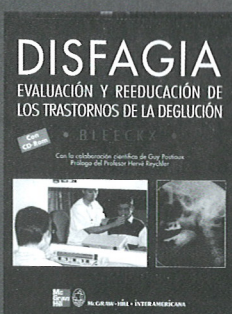
ALACANT

MARIA JOSE MIÑANO GÓMEZ
RAUL PUIGSERVER MEJÍAS
SERGIO ISIDRO PIÑOL PERAL
MANUEL AMORÓS GRAU
MARIA JOSE CASQUERO TORRE
MARIA JOSE REIG BORONAT
PURIFICACIÓN AGRIPINA ORTUÑO MILLAN
ROSA MARIA BOTELLA TASA
NATALIA AMORES GONZALEZ
RAQUEL MARIA ESCRIBANO FERRER
ANTONIO JOSE GARCIA TORREGROSA
NOELIA AZNAR SÁNCHEZ
DANIEL VICENTE BLANES MARTINEZ
ENCARNACIÓN FERNÁNDEZ COSTA
MARIA ELENA DEVESA SANTACRUZ
ESTELA RAMON MOLINA
ELENA JOVER MARTINEZ
FERNANDO MARTINEZ TORMO
M^º ASUNCIÓN CLIMENT ORTEGA
ROCIO DEL MAR CASTRO MOLINA
LUCIA LUNA HERRERO
CRISTINA PASCUAL CHICO
ELENA GARCIA GARCIA
LIDIA CERVERA BALLESTER
PATRICIA ALBERT RICHART
AINOA LABACA GONZALEZ
ANA BELÉN DIAZ LÓPEZ
YOLANDA GARCIA ALCALÁ
MIRIAM ARARCA PÉREZ
MONICA CORTES MORALES
CRISTINA SERER SICILIA
CARLOS LORCA AMORRICH
SERGIO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
JUAN MANUEL SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
SONIA ARAN RODRÍGUEZ
JAVIER PEREZ LLORET
MELISSA RUIZ LAMSDALE
JAIME VERDU SEMPERE
SUSANA LAHOZ MENDEZ

CASTELLÓ

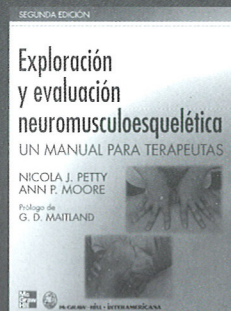
PATRICIA ALEMANY COMPTÉ
ANA CARCASES LAZARO
DAVID BELLÉS BELLÉS
VÍCTOR MANUEL MONTOLIU PITARCH
AMPARO BELTRÁN BELTRÁN
ELENA CASTELLÓ PIQUER
CELIA BRAU CERDA
JOSE VICENTE FORNER PAULO
ELENA MIRALLES GARCIA
MIREIA MARTI I SALVADOR
M^º DEL PINO FONT DE MORA
IRENE FANDOS PITARCH

El Racó del Llibre



Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución.

Excelente libro de reeducación de las disfgagias; adaptado al profesional de la fisioterapia. Abundante iconografía, que facilita la comprensión del texto y aumenta su didáctica. El CD incluye imágenes que facilitan la comprensión del diagnóstico por la imagen. Se trata de un tema novedoso, no tratado en otras obras; con contenidos actualizados. Describe la anatomía y la fisiología de la región, repasa la exploración y el diagnóstico de los problemas de la deglución, la reeducación en general, finalizando con adaptaciones a grupos de edades particulares como la pediatría.



Exploración y Evaluación neuromusculoesquelética. Un manual para terapeutas. 2ª Edición.

Información muy bien organizada y orientada al fisioterapeuta. Combina una orientación práctica muy acertada con una base bien fundamentada. Aborda los temas necesarios de una forma rigurosa y completa. Reúne conocimientos que se encuentran de forma dispersa. Buena extensión de los temas, incluyendo abundantes fotografías y esquemas.

Recordem a...

El pasado mes de diciembre nos dejó **Alejandro Plaza Fernández**, entrañable compañero y querido amigo. Trabajador infatigable por la Fisioterapia, llegó a asumir los cargos de Presidente Fundador del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Andalucía y la Secretaría del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

Hombre dotado de una sensibilidad asombrosa a la hora de percibir sensaciones en los tejidos dejó especial huella en el tejido más noble de todos aquellos que tuvimos la suerte de cruzarnos en su camino: nuestro corazón.

Sirvan estas palabras para recordar su memoria y como aliento para su esposa Juani y sus hijas María y Esther.



helios ELECTROMEDICINA
FABRICACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS

www.helios-electromedicina.com
helioselectromedicina@helios-electromedicina.com



FUNDACION GARCIA MUÑOZ

CENTRAL C/. Lorca, 7 y 9 46018 VALENCIA Tel. 963 843 305 Fax 963 854 750 E-mail: fgm@fgm.es	SALUD-HOGAR C/. Comedias, 13 46003 VALENCIA Tel. 963 521 861 Fax 963 532 113 E-mail: salud-hogar@fgm.es
---	---



Productos de Medicina Deportiva, Rehabilitación y Masaje
SPORTS MEDICINE CENTER, S.L.

Avda. Campanar, 57 bajo · Tel. 96 348 76 71 · Fax 96 340 11 71 · 46009 VALENCIA
www.sportmediaproducts.com

Tauler 10

Por motivos personales, alquilo clínica de fisioterapia en Alicante. Totalmente equipada y en pleno funcionamiento. A partir del 30 de mayo y por un período de un año (mínimo). Buena ubicación (junto a Hospital General de Alicante)... Tel: 965 259 468 / 676 925 004.

Se traspasa por jubilación de los dueños un Centro de rehabilitación y gimnasio en completo funcionamiento. Muy bien ubicado. Dispone de 500 m2 de superficie y piscina termal. Ideal equipo de dos o tres fisioterapeutas. Precio de traspaso 190.000€. Abstenerse curiosos... Tel: 628 554 263 (horas de oficina)

Se traspasa clínica de fisioterapia en Valencia capital. En pleno funcionamiento. Totalmente equipada (gimnasio completo, M.O., U.S., Láser, lectroterapia...) Amplia cartera de clientes (1.200 aprox.) situada en bajo comercial de 200 m2 en muy buena zona. Ingresos extras por venta de material ortopédico... Tel: 657 562 727.

Se alquilan dos locales (600 y 112 m2, respectivamente) propios para gimnasio y rehabilitación. En Av. Mare Nostrum, 7. La Patacona (Alboraia - Valencia)... Tel: 963 71 77 92 .

Es vén aparell de Micrones (de Zimmer Elektro Medizine-model Micro 2) i aparell de ultrasons de Carin, en molt bon estat. Ha estat utilitzat en una clínica privada. El preu sarà a convenir,... Tel 964 53 49 64, de vesprades. (Pablo Ayet)

Se vende Sistema de corrientes Compact Elite Plus, en perfecto estado,... Tel. 651 13 13 34 ó 964 22 21 41 (Juan Ávila)

Se traspasa clínica en pleno funcionamiento por falta de atención en Crevillente,... Tel. 661 30 50 03. Elena Masias Blázquez.

Vendo material para clínica de Fisioterapia: camilla fija de madera, juego de pesas con soporte, taburete, espaldera, colchonetas, congelador para cold-pack y ultrasonido por 1000€. Perfecto estado, un año de uso... Tel: 651469404 a partir de 19:00 h (Yolanda).

Se venden aparatos de Fisioterapia-RHB: lámpara infrarrojos, baño parafina, espaldera, 2 separadores (de 3 y 2 hojas), paralelas, colchoneta doble, espejo RHB, radar con 2 electrodos para cervical y dorsal, balón est. Precoz (bobath), rulo y pesos (de 1 y 2 Kgs.), escalera dedos y cuadros,... Tel. 96 299 35 01 ó 630 71 71 85 (Maribel)

Se vende aparatos de Fisioterapia - RHB: phydaction 782 estimulador multifuncional; phydaction 740 equipo láser de I.R.; U.S. phydaction 190i, marca Helios; 2 lámparas de I.R.; 1 plato boheler; 3 carros tracción cervical. Cinco meses de antigüedad, en perfecto estado. Año y medio de garantía... Tel: 657 25 63 54 (José Ramón)

Fisioteràpia *al dia*

Periodicidad/Trimestral

Tamaño/A-4

Nº Págs aprox./20

Color/Portada Cuatricomía - Interior 2 tintas

Tarifas

Contraportada (color /210 x 297 mm)	450 €
Interior contraportada (color / 210 x 297 mm)	400 €
Página entera (2 tintas / 210 x 297 mm)	300 €
Media página (2 tintas / 150 x 210 mm)	200 €

Incluye inserción en revista 300 (1) + 140 (2) + Franqueo(3)

Portal Web

Período mínimo de 3 meses; Precio por mes:

Tamaño de "banner": 468 x 60 pixels ó 90 x 90 pixels(4)

*Normativa para el envío de información de cursos:
Para realizar el envío de cualquier documento informativo sobre cursos, jornadas, congresos, etc, se ha de solicitar con tres meses de antelación, enviando a la sede colegial el programa del curso y el modelo o boceto del documento a enviar.*

La Comisión de Formación evaluará el contenido del programa del curso y comunicará su decisión a la entidad organizadora.

Los gastos del envío serán los del mailing.

El departamento de contabilidad del Colegio enviará la factura del total a la entidad organizadora y una vez quede abonada se procederá al envío de la documentación.

(1) Tarifa

(2) Gastos de manipulado, sobres, etiquetas...

(3) Resultado de multiplicar el nº de colegiados por 0,26 €, 0,39 €... según peso del envío y tarifas de Correos.

(4) A elegir. En caso de elegir el tamaño reducido podrá colocar dos "banners"

Normas de presentación de artículos en la Revista Fisioterapia al día

El Consejo de Redacción, siguiendo los requisitos de uniformidad para las revistas biomédicas, considerará para su publicación los artículos originales, descriptivos, analíticos o prospectivos, en su vertiente teórica o aplicada, desarrollados en el ámbito general de la Fisioterapia, tanto asistencial como docente.

PREPARACION DEL MANUSCRITO

El autor debe remitir el texto en disquete informático de 3,5" especificando el procesador de textos empleado (preferentemente Word o similar).

Además enviará por correo postal el manuscrito original y dos copias impresas en papel blanco A4 (212x297 mm.), con márgenes de 25 mm, escritas solamente sobre una cara del papel a doble espacio, en todas sus secciones. La dirección de envío es: Redacción de la Revista Fisioterapia al día del Ilmo. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. C/ San Vicente 62-2º-2ª. 46002 Valencia.

El texto de los artículos se divide, generalmente, en secciones que llevan estos encabezamientos: página del título, resumen y palabras claves, introducción, material y método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía, tablas, pies de figuras y figuras. Cada epígrafe comenzará en hoja aparte y las páginas se numerarán en forma consecutiva, empezando por la del título.

PAGINA DEL TITULO

La primera página contendrá:

- El título del artículo, en castellano e inglés, que será conciso pero informativo.
- Nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional.
- Nombre del departamento o departamentos y la institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
- Nombre y dirección del autor que se ocupará de la

correspondencia relativa al manuscrito, número de teléfono y/o fax, e-mail si se dispone).

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

La segunda página incluirá un resumen (que no excederá las 150 palabras de extensión), en castellano e inglés. En él se indicarán los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos que se han seguido; los resultados más importantes (datos específicos y, de ser posible, su significación estadística); y las conclusiones principales. A continuación del resumen se agregarán de 3 a 10 palabras o frases cortas clave que ayuden a los indicadores a clasificar el artículo. Utilícense para este propósito los términos de la lista "Medical Subject Headings" (MeSH) del "Index Medicus".

<<http://www.nlm.nih.gov/mesh/mehhome.html>>

INTRODUCCION.

Expresa el propósito del artículo. No debe incluir datos ni conclusiones del trabajo que se está dando a conocer.

MATERIAL Y METODO.

Debe describir claramente la forma como se seleccionaron los sujetos observados o que participaron en los experimentos. Identificar los métodos, aparatos y procedimientos, con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

RESULTADOS.

Deben ser concisos y claros, siguiendo una secuencia lógica mediante texto, tablas y figuras. No repitiéndose en el texto los datos de los cuadros o las ilustraciones, destacando o resumiendo solo las observaciones importantes.

DISCUSION Y/O CONCLUSIONES.

Comentará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. Sin repetir con pormenores los datos u otra información, ya presentados en las secciones de introducción y resultados.

Se pueden relacionar las observaciones con otros estudios pertinentes, estableciendo el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio; absteniéndose de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos.

AGRADECIMIENTOS.

Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFIA.

Las referencias se numerarán consecutivamente, siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y en las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos (o superíndice) entre paréntesis.

Absteniéndose de utilizar los resúmenes como referencias. Sí se pueden incluir en las referencias los artículos aceptados aunque todavía no estén publicados; en este caso indique el título de la revista y añada "En prensa".

Ejemplos de referencias bibliográficas:

Artículos de revistas científicas:

Artículo ordinario (Incluye el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, se anota solo el nombre de los seis primeros agregando "et al"):

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79(2): 311-314.

Libros:

Individuos como autores:

Colson JH, Armour WJ. *Sports injuries and their treatment*. London: S Paul, 1986.

Directores o compiladores como autores:

Diener HC, Wilkinson M, editores. *Drug-induced headache*. New York: Springer-Verlag, 1988.

Capítulo de libro:

Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganismos. En: Sodeman WA, Sodeman LA, editores. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974: 457-472.

Tesis Doctoral:

Youssef NM. *School adjustment of children with congenital heart disease* (Tesis Doctoral). Pittsburgh (PA): Univ of Pittsburgh, 1988.

Trabajos inéditos. En prensa:

Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. *Science*. En prensa.

Comunicación/Ponencia en Congreso, publicado en un libro editado.

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el primer apellido e inicial del nombre de todos los editores, nombre del Congreso (que coincida con el título del libro), lugar de edición, editorial, año de edición, y páginas de inicio y final del capítulo. Ejemplo:

Diez V, Díaz Meco R, Martín M^a L, Gil D, Terol E. Desarrollo y metodología de trabajo de las unidades de Fisioterapia en

A. Primaria en un área de Madrid. Comunicación oral.. En: Medina F, Valls M, Vaello H, editores. *III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: Ponencias y Comunicaciones*. Valencia: AEF Comunidad Valenciana, 1996. p. 141-142.

Comunicación/Ponencia en Congreso, no publicado en un libro editado. Si la Comunicación o Ponencia ha sido recogida en Actas del Congreso.

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el nombre del Congreso, lugar, días, mes, y año de celebración. Ejemplo:

Kannus P. Tratamiento de las lesiones tendinosas en el atleta. Ponencia. X Jornadas Internacionales de Medicina del Atletismo. Valencia (España), 25 y 2 de febrero, 1998

TABLAS

Deben enumerarse consecutivamente con cifras arábigas, por orden de aparición en el texto; su emplazamiento debe indicarse con una llamada entre paréntesis. Cada una debe ser mecanografiada en hoja aparte y acompañada de un título, si aparecen abreviaturas no habituales deben ser precisadas específicamente.

FIGURAS

Se entenderán como figuras las fotografías, las gráficas o esquemas, ambos elementos irán numerados de forma correlativa. Las fotografías son preferibles los originales en papel de un tamaño de 9 por 12 cm., siendo importante que sean de buena calidad. Se reproducirán en blanco y negro. Los gráficos serán los dibujos originales.

En el dorso de cada figura y a lápiz debe figurar, el nombre del primer autor, título del artículo y número de la figura, se acompañarán de una leyenda o pie, a máquina y en hoja aparte, incluyendo las explicaciones suficientes para que resulten inteligibles.

No se aceptará material previamente publicado, siendo responsables los autores responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcial o totalmente texto, tablas o figuras, de otras publicaciones, citando correctamente su procedencia. Los permisos deben solicitarse tanto al autor como al editor.

TRANSMISION DE LOS DERECHOS DE AUTOR.

Se incluirá con el manuscrito una carta firmada por todos los autores, declarando que se trata de un trabajo original, no publicado previamente, que en caso de ser publicado por la Fisioterapia al día, transfieren los derechos de autor, sin cuyo permiso expreso no podrán reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

INFORMACION ADICIONAL.

El Comité de Redacción no comparten necesariamente las opiniones manifestadas en el artículo, no aceptando ninguna responsabilidad sobre los puntos de vista de los autores.

A la recepción del manuscrito, acusará recibo de los trabajos enviados e informará acerca de su aceptación. También se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.



plan corporativo de **salud ocular**
para miembros del C^o de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana



Toda la experiencia
del líder europeo
en cirugía láser,
al servicio de sus ojos.

Miopía • Hipermetropía • Astigmatismo

Deberá presentar en su primera visita su tarjeta corporativa, o bien una nómina, certificado de empresa, etc. como acreditación. Los familiares directos deberán mostrar su relación de parentesco conveniente. Validez hasta el 31 de diciembre de 2004.

	Tarifa privada	Precio Fisioterapeutas	20% de descuento en resto de tratamientos y servicios (catarata, glaucoma, etc.) Excepto en prótesis
Consultas	72 €	30 €	Condiciones de financiación personalizadas
Corrección por láser*	975 € 1.050 €/ojo	900 €/ojo	

*Excepto tratamientos especiales de Lasik customizado.

En Clínica Baviera hemos desarrollado un plan específico con el fin de mejorar la salud ocular de sus miembros y familiares directos. Un plan que ofrece mejores condiciones económicas en el diagnóstico y tratamiento integral de cualquier patología ocular. Ahora tiene a su alcance la clínica europea líder en intervenciones por láser.

En pocos minutos • Sin dolor ni hospitalización • Con anestesia tópica (gotas)

Para más información o pedir cita 902 130 100 • www.clinicabaviera.com

CLINICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLOGICO EUROPEO

corporate

A CORUÑA • ALCALÁ DE HENARES • BARCELONA • BILBAO • CASTELLÓN
CIUDAD REAL • GIJÓN • MADRID • MÁLAGA • PAMPLONA • REUS • SABADELL • SEVILLA
TARRAGONA • VALENCIA • VALLADOLID • VIGO • VITORIA • ZARAGOZA • MILÁN

Agenda

actualizada a 1 de abril de 2004

I Congreso de Enfermería Sociosanitaria

Organiza: Direccion de Enfermería Hospital San Vicente y Residencias Sociosanitarias dependientes de la Conselleria de Bienestar Social de la Provincia de Alicante

Fechas: 27,28,29 de Mayo 2004

Precio: Hasta el 3 de Mayo 100 €

Fecha de inscripción/alojamiento: 3 y 15 de Mayo de 2004

Información: 917 228 426

Srtas Monica Sancho y/o Cruz Larrate.

Curso Electroterapia y Terapias Afines

Organiza: Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas Comunidad Valenciana

Imparte: Julian Maya Martin. Fisioterapeuta Subdirector de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla

Fechas: 11-19 Junio y 2-4 de Julio de 2004

Precio: Colegiados 290 €, Precolegiados 240 €

Duración: 60 horas

Información: Tel 96 353 39 68

Curso de Imagen Biomédica

Dirigido a: Fisioterapeutas

Organiza: Universidad Católica San Antonio UCAM

Fechas: 3 fines de semana 30 plazas

Precio: Derechos de matricula: 240 €

Duración: 45 Horas (4 . 5 créditos)

Información:

Tel: 968278710

Fax: 968278687

E- mail: tpropios@UCAM.EDU

Web: WWW.UCAM.EDU

Aplicación de las Terapias Manuales en las Patologías del Sistema Músculo-Esquelético

Organiza: Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y Leon

Fechas:

17 y 18 de Abril, 8 y 9 de Mayo, 29 y 30 Mayo, 12 y 13 Junio

Precio:

Duración: 60 horas

Lugar: Salon de Actos del Hospital Divino Vallés Burgos

Información:

Tfno 923 281 820 Fax 923 216 632

Concepto Mezieres Tratamiento de las algias vertebrales y alteraciones del aparato locomotor

Organiza: Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias

Fecha: 3 Seminarios desde 28 de septiembre de 2004

Duración: 104 h

Plazas: 24

Precio: 1.248 €

Lugar: Tenerife

Información:

Tel 928 24 22 18 y 922 532183

Rehabilitación y Fisioterapia Geriatrica

Organiza: Eves. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Fechas:

Plazas: 30

Duración: 40 h

Información: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud C/Juan de Garay 21 46017 Valencia

Formacion en Osteopatía a tiempo Parcial

Dirigido a: Fisioterapeutas

Organiza: Escuela Europea de Osteopatía.

Fechas: de noviembre a junio, con un total de 280 horas anuales

Precio:

Duración: 1400 HORAS lectivas repartidas en 5 años

Información: Tel /fax 968 296 504

<http://www.eseos.net> ; eseos@.net

Curso de Base en Reeduccion Corporal Funcional RCF

Dirigido a:

Diplomados en Fisioterapeutas y estudiantes de 3er curso

Organiza: Raúl Castellano García.

Fisioterapeuta especialista en RCF

Fechas: Desde 22 de octubre

Precio: 2.400 €

Duración: 240 horas

Información:

Tfno: EFTC

<http://www.terapeutascorporales.com>

info@terapeutascorporales.com

Curso a Distancia de Geriatria y Gerontologia

Organiza:

Centro de Estudios Radiologicos y de Imagen diagnostica.

Informacion e inscripciones:

Avda Marina Española,39

Murcia 30007 - Tel 96 823 29 00

pagina web: www.cerid.com

Cursos Organizados por:

Facultad de Ciencias

de la Salud , Universidad internacional de Cataluña.

Hospital General de Cataluña

Información: Tfno: 935 042 027

Fax: 935 042 001

Sra Maite Matalonga

infofisio@csc.unica.edu

<http://www.unica.edu>

Curso de Fisioterapia Obstétrica

Dirigido a: Diplomados en Fisioterapia

Fechas: 11,12,18 y 19 de Junio de 2004.

Duración: 36 h

Precio: 400 €

Curso Monográfico del Hombro

Dirigido a: Diplomados en Fisioterapia

Fechas: 7,8,21 y 22 de Mayo

4 y 5 de Junio de 2004

Duración: 40 h

Precio: 400 €

Organiza: Centro de Fisioterapia Axis

C/Manuela Estellés,3,1º.46022 Valencia

Información: Tel 963550224

Curso de Terapia Shiatsu y Digitopuntura

Fechas: 11,18 y 25 de Junio de 2004

Horas: 30 horas

Precio: 210 €

Curso de Masaje Deportivo

Fechas: 27-29 de Mayo de 2004

Precio: 250 €

Curso de Masaje Terapéutico

Fechas: 7,8,21 y 22 de Mayo

Precio: 250 €



Cursos Organizados por:

Instituto de Postgrado
en Terapia Manual S.L. INSTEMA

Información:

Tfno/Fax: 962 836 425 Srta Mercedes

Curso para Dirigir y Operar instalaciones de Radiodiagnostico Medico

Duración: 22 h

Fechas: 18- 20 de Noviembre de 2004.

Precio: 360 €

Curso de Fisioterapia Manual en el sistema Craneo-Cervico Mandibular (ATM)

Curso dirigido a: Fisioterapeutas
Colegiados y Estudiantes de Fisioterapia

Duración: 20 h

Fechas: 7- 9 de Mayo de 2004.

Precio: 290 €

Curso de Reeducacion Postural en Fisioterapia e Introduccion al R.P.G.

Curso dirigido a: Fisioterapeutas
Colegiados y Estudiantes de Fisioterapia

Fechas: 28 30 de Mayo de 2004

Duración: 20 horas lectivas

Precio: Fisioterapeutas 240 €.
Estudiantes 180 € (Plazas Limitadas)

Lugar: Centre Social Els Flassaders
C/Ferrerries,10 Palma de Mallorca

Curso de Movilizacion del Sistema Nervioso Neuromeningeo (concepto Butler). Nivel Superior

Curso dirigido a:

Fisioterapeutas Colegiados y Estudiantes de
Fisioterapia que hayan realizado el 1er nivel

Fechas: 9-11 de Julio de 2004

Duración: 22 horas lectivas

Precio: Fisioterapeutas 250 €.

Curso de Movilizacion del Sistema Nervioso Neuromeningeo (concepto Butler). 1er Nivel

Curso dirigido a: Fisioterapeutas
Colegiados y Estudiantes de
Fisioterapia

Fechas: 17-19 de Septiembre de 2004

Duración: 22 horas lectivas

Precio: Fisioterapeutas 240 €.

Curso de Terapia Manual en las Lumbalgias y Ciáticas

Curso dirigido a:

Fisioterapeutas Colegiados y
Estudiantes de Fisioterapia

Fechas: 5-7 de Noviembre 2004

Duración: 24 horas lectivas

Precio:

Fisioterapeutas Colegiados 250 €.

Estudiantes 200 € (Plazas Limitadas)

Maniobras de Masaje Aplicadas al Ambito Deportivo

Curso dirigido a:

Fisioterapeutas
y Estudiantes de Fisioterapia

Fechas: 16-18 de Julio 2004

Duración: 20 horas lectivas

Precio: Fisioterapeutas 180 €.
Estudiantes 150 € (Plazas Limitadas)

Síndrome del Latigazo Cervical

Curso dirigido a: Fisioterapeutas y
Estudiantes de Fisioterapia

Fechas: 1-3 de Octubre 2004

Duración: 24 horas lectivas

Precio: Fisioterapeutas 250 €.
Estudiantes 200 € (Plazas Limitadas)

Curso de Neuroanatomía Clínica con enfoque Terapéutico

Curso dirigido a:

Fisioterapeutas, Médicos, Podólogos,
Enfermeros y Estudiantes de los
últimos cursos de estas profesiones

Fechas: 16-18 de Julio 2004

Duración: 22 horas lectivas

Precio: Profesionales 250 €.
Estudiantes 200 € (Plazas Limitadas)

Técnicas Miofasciales Integradas e Introducción Craneo-Sacra

Curso dirigido a: Fisioterapeutas
que hayan realizado el 1 Nivel de
Liberación Miofascial en cualquier
otra sede de España

Fechas: Diciembre 2004

Duración: 80 horas lectivas

Precio: 750 € (Aprox)

Cursos Organizados por:

Cursos a distancia de la Fundación
para el desarrollo de la Formación
Continuada Sanitaria.

Información:

Tel 915478447

Fax 915478448

info@formacioncontinuadasanitaria.com

www.formacioncontinuadasanitaria.com

Electroestimulación Aplicada

Dirigido a: Diplomados en Fisioterapia

Duración: 100 h

Documentación: (Libro) 875 Pag

Precio: 100 €

Creditos: 6,2

Actualización en Patologías del Aparato Locomotor y Afecciones Traumáticas

Dirigido a: Diplomados en Fisioterapia

Duración: 100 h

Documentación: (Libro) 555 Pag

Precio: 90 €

Creditos: 3, 5

Actualización en Patologías del Aparato Locomotor y Afecciones Reumáticas

Dirigido a: Diplomados en Fisioterapia

Duración: 100 h

Documentación: (Libro) 545 Pag

Precio: 90 €

Creditos: 3,3

Centro de Formación Sanitaria
Especializada. OFECA. Si deseas ampliar
información sobre su actividad docente
puedes contactar con el campus virtual
pinchando en el siguiente link
www.ofeca.com

Curso de Preparación al Parto y Postparto

Fechas: 10,17, 24 y 31 de Mayo 2004

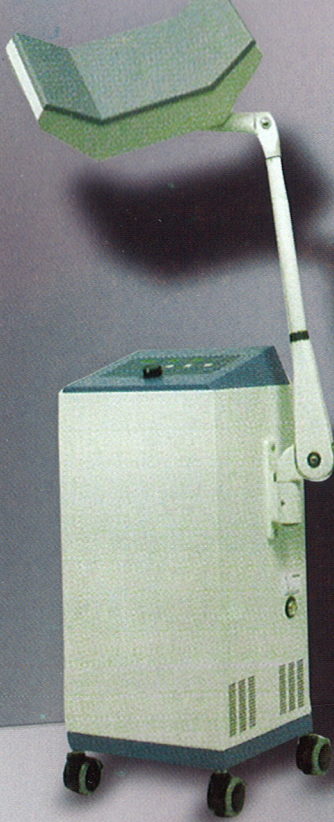
Horas: 30 h

Precio: 210 €

Phyaction 190i



Varitrón 250-EP



Phyaction 787 y 782



Helios
ELECTROMEDICINA



Phyaction Guidance C y E



ultrasonidos
ultrasonidos
tracción eléctrica
corrientes
magnetoterapia
magnetoterapia
microondas
microondas
láser
láser

TODO EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

ASesoramiento y Servicio Técnico

ALTA CALIDAD EN PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS

Delegación en Valencia y Castellón:

Carlos Codorniu Gastaldi
Móvil: 629 06.95.04

Delegación en Alicante y Murcia:

Jorge Hagopian Boyacian
Móvil: 610 61.30.68

Fábrica y Exposición:

C/ Alonso Gómez, nº 38 28037 Madrid Tfno: 91 327.34.94 - Fax: 91 754.24.00 www.helios-electromedicina.com

OFERTA ESPECIAL para los Fisioterapeutas Colegiados de la Comunidad Valenciana

MEGASONIC 400

Biofeedback

2.900 €

TRANSPORTE INCLUIDO - IVA NO INCLUIDO
Oferta válida hasta el 30/05/2004

Todos nuestros

fabricados

siempre con

3 años
de garantía



MEGASONIC 680 Láser IR

2.770 €

TRANSPORTE INCLUIDO - IVA NO INCLUIDO
Oferta válida hasta el 30/05/2004

Tel. Información:
96 289 22 99

TALASO
SALUD Y AGUA, S.L.

ELECTRO
Le unne
Medical

empresa del grupo

carin