



Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia
www.colfisiocv.com



**Dolor de hombro:
¡Al abordaje!**

Volumen XXI N°3
Septiembre 2025

Desde el 26 de mayo hasta el 31 de agosto de 2025
280 NUEVOS COLEGIADOS
SE HAN SUMADO AL ICOFCV

BIENVENIDOS

LA UNIÓN HACE LA FUERZA



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

EDITA

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

COMITÉ DE REDACCIÓN

Directores: José Ángel González Domínguez y José Antonio Polo Traverso
Directora Técnica: Rosa Mª Marcos Reguero

COMITÉ CIENTÍFICO

Felipe Querol Fuentes
Juan José Amer Cuenca
Noemí Valtueña Gimeno
Jorge Alarcón Jiménez
José Vicente Toledo Marhuenda
Luis Baraja Vegas
Nieves de Bernardo
Lucía Ortega Pérez
Sofía Pérez Alenda
Javier Bonastre Férez
Javier González Rosalén

COLABORADORES

Lirios Dueñas, Josevi Piris, Mariano Martín-Macho, Raquel Galindo, Claudia Zilkens, Javier Guerra, Javier Bonastre, José A. Polo, Luis Escudero, Noemí Valtueña, María José Llácer, Santiago Sevilla y Jose Ángel González.

Agradecimientos

Gracias a todos los pacientes que han participado en los reportajes gráficos de este número. En especial a **Jesús Calleja**, figura muy conocida y protagonista de la portada, por su generosa colaboración para dar visibilidad a los beneficios de la fisioterapia en la salud.

PORTADA

ICOFCV

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

C/ San Vicent Màrtir, 61, Pta 2
C.P 46002 València
T: 96 353 39 68
E: administracion@colfisiocv.com
comunicacion@colfisiocv.com
W: www.colfisiocv.com
Depòsit Legal: V – 1930 – 2001
ISSN: 1698-4609

La dirección de FAD, y por extensión el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), no se hace responsable de la autoría y originalidad del texto ni de las imágenes ni opiniones manifestadas en los artículos firmados, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a sus autores.

Carta de la dirección



José Ángel González

Director de FAD

Queridos lectores:

El **hombro doloroso** es, sin duda, una de esas patologías que nos interpela de forma habitual en consulta, pero que no por frecuente deja de suponer un reto. Su abordaje requiere una mirada clínica afilada, una buena escucha y, sobre todo, una mente abierta. Porque el hombro puede doler por muchas razones, y no todas se explican desde una lesión estructural. A menudo, es un dolor que habla de hábitos, de cargas (físicas o emocionales), de procesos que van más allá del tejido.

En esta nueva edición, os proponemos sumergiros en un monográfico cuidadosamente elaborado, que se abre con la excelente **editorial** de **Lirios Dueñas**. **Raquel Galindo** nos acerca a la **terapia manual** desde una perspectiva rigurosa y clínica; **Claudia Zilkens** nos guía por los caminos del abordaje **miofascial**; **Mariano Martín-Macho** nos ofrece claves de la **fisioterapia invasiva** aplicada al hombro; **Josevi Piris** centra la atención en el **ejercicio terapéutico** como herramienta esencial; y **Javi Guerra** nos invita a integrar **estrategias de afrontamiento activo**, tan necesarias en los procesos de dolor persistente. Además, **Javier Bonastre** reflexiona sobre ello en la nueva entrega de la **Sala de Disección**.

Cada uno de estos enfoques aporta luz y matices. No hay verdades absolutas, pero sí conocimientos valiosos que, integrados con criterio, enriquecen nuestras decisiones clínicas y nos acercan más a una fisioterapia centrada en la persona, no solo en la patología. Porque no se trata solo de técnicas, sino de abordajes.

Además, esta edición viene con novedades que nos hacen especial ilusión. **Inauguramos tres secciones** que nacen para abrir nuevas vías de reflexión en torno a la fisioterapia que queremos construir colectivamente.

Por un lado, **Luis Escudero** nos propone salir del espacio estrictamente clínico para dar protagonismo a **“Lo que la fisioterapia no ve”**, competencias que pueden marcar la diferencia en cómo vivimos y ejercemos la profesión.

Por otro, **Mª José Llácer** inaugura la sección de **Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria**. Su propuesta nos invita a explorar modelos que priorizan la promoción de la salud y la acción comunitaria.

Por último, la nueva sección de **Noemí Valtueña**, **FACT**, es un espacio de reflexión y debate sobre la Fisioterapia en el ámbito universitario y su conexión con la sociedad y el ICOFCV.

Y ahora sí, sin más preámbulos...
¡¡¡Al abordaje!!!!

Sumario

05. Monográfico "Dolor de hombro: ¡Al abordaje!"

06. Editorial

10. Ejercicio terapéutico

14. Fisioterapia invasiva

18. Terapia manual

22. Cadenas miofasciales

26. Afrontamiento activo del dolor crónico

30. Sala de disección

33. Visión periférica

36. Información colegial

54. Lo que la fisioterapia no ve

58. FACT (Fisioterapia, Actualidad, Ciencia y Transferencia)

60. APyC

62. Rincón jurídico

64. Entrevista canalla

Monográfico

Dolor de hombro:
¡Al abordaje!



36

JIF7 Jornada
Internacional
de Fisioterapia
del ICOFCV

¡INSCRIPCIONES ABIERTAS

Precios exclusivos y reducidos
para colegiados del ICOFCV

La **FISIOTERAPIA**
en el **SIGLO XXI**

12 y 13 de diciembre de 2025
Auditorio ADDA de Alicante

3 NUEVAS
SECCIONES
EN FAD



54 LO QUE LA
FISIOTERAPIA NO VE

58 FACT
(Fisioterapia, Actualidad, Ciencia y Transferencia)

60 APyC
(Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria)

Monografía



Ejercicio Terapéutico



Fisioterapia Invasiva

Dolor de hombro: ¡Al abordaje!

Cadenas miofasciales



Terapia Manual

Afrontamiento Activo Dolor Crónico



Editorial



Lirios Dueñas Moscardó

Colegiada 2141. Doctora
Vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV
Profesora titular de la Facultat de Fisioteràpia de la
Universitat de València

Dolor de hombro: entre etiquetas, incertidumbre y decisiones clínicas

Este monográfico pretende orientar a los fisioterapeutas en la toma de decisiones sobre el tratamiento del dolor de hombro, una cuestión que, pese al paso del tiempo, la experiencia y la formación avanzada, sigue generando dudas. La aparente simplicidad de la pregunta. "¿Qué tratamiento sería el más eficaz?" esconde una gran complejidad clínica. Tras más de 20 años acompañando a personas con dolor de hombro desde la clínica, la docencia y la investigación, reconozco que mi respuesta sigue siendo: depende.

Depende de la edad, del historial médico, del estilo de vida, de las expectativas, del entorno, del tiempo de evolución, de si hay más miedo que dolor... o más incertidumbre que lesión.

El dolor de hombro es uno de los motivos más frecuentes de consulta musculoesquelética en fisioterapia, especialmente en atención primaria. Pero bajo esa etiqueta se agrupan realidades muy distintas: no es lo mismo el hombro de una persona joven con dolor en el supraespinoso que el de una mujer de 60 años con una limitación progresiva del movimiento. Diferentes causas, diferentes necesidades, diferentes caminos.

Pero antes de intervenir, hay que escuchar, explorar y evaluar. Las tendinopatías del manguito rotador, la inestabilidad glenohumeral, y el hombro congelado son las condiciones clínicas más habituales. Aunque

muchas son benignas, algunas pueden enmascarar procesos más graves. Por eso, la detección de banderas rojas es un paso ineludible del razonamiento clínico. No se trata de sospechar lo peor, sino de mantener una mirada abierta y crítica.

Solo entonces, cuando hemos entendido a la persona y a su contexto, llega el momento de planificar el tratamiento. Y para ello, no hay recetas únicas ni algoritmos infalibles. Cada persona responde de forma distinta: lo eficaz en un caso puede no serlo en otro. Aquello que en una guía clínica aparece ordenado en pasos secuenciales, en la práctica requiere adaptaciones constantes, decisiones compartidas.

En este monográfico se recogen distintas propuestas: ejercicio terapéutico, terapia manual, fisioterapia invasiva, abordajes miofasciales, estrategias de afrontamiento activo... Todas tienen algo que aportar. Pero ninguna funciona por sí sola, aislada del contexto clínico.

Un ejemplo de esa complejidad es la llamada "capsulitis adhesiva", término que seguimos usando pese a no describir con precisión lo que ocurre. Jeremy Lewis propone llamarlo "síndrome de hombro congelado", destacando su frecuente asociación con factores sistémicos como diabetes, disfunciones tiroideas o trastornos metabólicos. Su abordaje combina educación, ejercicio, intervenciones mínimamente invasivas y seguimiento fisioterápico, evitando tratamientos poco fundamentados y adaptando siempre el plan a la evolución clínica y a las características individuales. Eso sí, en fases tempranas, las infiltraciones de corticosteroides son la opción con mayor respaldo.

Desde mi punto de vista, la alianza terapéutica es la base de cualquier intervención eficaz -el primer ingrediente, si me permiten anticipar la metáfora culinaria-. Acompañar, guiar, conectar. Escuchar sin prisa, comunicar con claridad, explicar con honestidad. Porque intervenir no es solo aplicar una técnica: es generar un espacio seguro donde la persona pueda recuperar su autonomía y su confianza en el movimiento.

En un artículo reciente en el que he participado, abordamos el papel del efecto nocebo en el dolor de hombro. Demostramos que, muchas veces, somos los profesionales quienes podemos empeorar la experiencia de dolor con nuestras palabras, actitudes o etiquetas. Pruebas de imagen innecesarias, test con nombres amenazantes o tratamientos innecesarios aumentan la medicalización, fomentan la dependencia y pueden contribuir a la cronificación del problema. Por eso, es nuestra responsabilidad desactivar miedos, desmontar creencias limitantes y colocar a la persona en el centro del proceso, favoreciendo su participación y automanejo.

El tratamiento del hombro se parece a cocinar una buena paella. No hay una única receta, pero sí algunos ingredientes que siempre están. La educación del paciente y el ejercicio terapéutico ocupan un lugar destacado, especialmente combinados con otras intervenciones. A partir de ahí, se pueden añadir técnicas manuales o invasivas, útiles en momentos concretos si están bien indicadas. Y, como en toda buena cocina, intervienen otros factores que enriquecen el resultado: paciencia, comunicación, evaluación y escucha activa. Cada profesional -como cada cocinero- ajusta los tiempos y los ingredientes según la persona. No es lo mismo cocinar para tus amigos que para tus suegros. Con arroz bomba, o sin él. Y, sobre todo, lo que marca la diferencia es cómo se presenta el plato: cómo se explica el plan, cómo se gestionan las expectativas y cómo se construye una experiencia significativa.

Este monográfico no pretende dar respuestas cerradas, sino ofrecer herramientas, miradas complementarias y propuestas clínicas razonadas. Al final, "depende" sigue siendo la respuesta más honesta y también la más responsable, porque nos compromete a razonar, individualizar y cocinar -como toda buena paella- con tiempo, cuidado y amor por nuestros pacientes.

Editorial



Lirios Dueñas Moscardó

Colegiada 2141. Doctora
Vocal de la Junta de Gobierno del ICOFCV
Profesora titular de la Facultat de Fisioteràpia de la
Universitat de València

Dolor de muscle: entre etiquetas, incertesa i decisions clíniques

Este monogràfic pretén orientar als fisioterapeutes en la presa de decisions sobre el tractament del dolor de muscle, una qüestió que, malgrat el pas del temps, l'experiència i la formació avançada, continua generant dubtes. L'aparent simplicitat de la pregunta "Quin tractament seria el més eficaç?" amaga una gran complexitat clínica. Després de més de 20 anys acompanyant a persones amb dolor de muscle des de la clínica, la docència i la investigació, reconec que la meua resposta continua sent: depén.

Depén de l'edat, de l'historial mèdic, de l'estil de vida, de les expectatives, de l'entorn, del temps d'evolució, de si hi ha més por que dolor... o més incertesa que lesió.

El dolor de muscle és un dels motius més freqüents de consulta musculoesquelètica en fisioteràpia, especialment en atenció primària. Però baix eixa etiqueta s'agrupen realitats molt distintes: no és el mateix el muscle d'una persona jove amb dolor en el supraespinós que el d'una dona de 60 anys amb una limitació progressiva del moviment. Diferents causes, diferents necessitats, diferents camins.

Però abans d'intervindre, cal escoltar, explorar i avaluar. Les tendinopaties del maneguet rotador, la inestabilitat glenohumeral, i el muscle congelat són les condicions clíniques més habituals. Encara que

moltes són benignes, algunes poden emmascarar processos més greus. Per això, la detecció de banderes roges és un pas ineludible del raonament clínic. No es tracta de sospitar el pitjor, sinó de mantindre una mirada oberta i crítica.

Només quan hem entés a la persona i al seu context, arriba el moment de planificar el tractament. I per a això, no hi ha receptes úniques ni algorismes infal·libles. Cada persona respon de manera distinta: l'eficàcia en un cas pot no ser-ho en un altre. Allò que en una guia clínica apareix ordenat en passos seqüencials, en la pràctica requereix adaptacions constants, decisions compartides.

En este monogràfic s'arreglen diferents propostes: exercici terapèutic, teràpia manual, fisioteràpia invasiva, abordatges miofascials, estratègies d'afrontament actiu... Totes tenen alguna cosa a aportar. Però cap funciona per si sola, aïllada del context clínic.

Un exemple d'eixa complexitat és l'anomenada "capsulitis adhesiva", terme que continuem usant malgrat no descriure amb precisió el que ocorre. Jeremy Lewis proposa anomenar-ho "síndrome de múscle congelat", destacant la seua freqüent associació amb factors sistèmics com a diabetis, disfuncions tiroïdals o trastorns metabòlics. El seu abordatge combina educació, exercici, intervencions mínimament invasives i seguiment fisioteràpic, evitant tractaments poc fonamentats i adaptant sempre el pla a l'evolució clínica i a les característiques individuals. Això sí, en fases primerenques, les infiltracions de corticoesteroides són l'opció amb major suport.

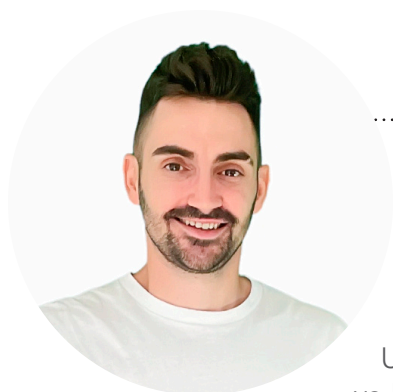
Des del meu punt de vista, l'aliança terapèutica és la base de qualsevol intervenció eficaça -el primer ingredient, si em permeten anticipar la metàfora culinària-. Acompanyar, guiar, connectar. Escoltar sense pressa, comunicar amb claredat, explicar amb honestat. Perquè intervindre no és només aplicar una tècnica: és generar un espai segur on la persona pugui recuperar la seua autonomia i la seua confiança en el moviment.

En un article recent en el qual he participat, abordem el paper de l'efecte nocebo en el dolor de múscle. Vam demostrar que, moltes vegades, som els professionals els qui podem empitjorar l'experiència de dolor amb les nostres paraules, actituds o etiquetes. Proves d'imatge innecessàries, test amb noms amenaçadors o tractaments innecessaris augmenten la medicalització, fomenten la dependència i poden contribuir a la cronificació del problema. Per això, és la nostra responsabilitat desactivar pors, desmuntar creences limitants i col·locar a la persona en el centre del procés, afavorint la seua participació i automaneig.

El tractament del múscle s'assembla a cuinar una bona paella. No hi ha una única recepta, però sí alguns ingredients que sempre estan. L'educació del pacient i l'exercici terapèutic ocupen un lloc destacat, especialment combinats amb altres intervencions. L'educació implica escoltar, comprendre, desmuntar pors i empoderar. L'exercici pot ser clau en moltes condicions clíniques, encara que el seu paper varia segons el diagnòstic i el moment del procés. A partir d'ací, es poden afegir tècniques manuals o invasives, útils en moments concrets si estan ben indicades. I, com en tota bona cuina, intervien altres factors que enriqueixen el resultat: paciència, comunicació, avaluació i escolta activa. Cada professional -com cada cuiner- ajusta els temps i els ingredients segons la persona. No és el mateix cuinar per als teus amics que per als teus sogres. Amb arròs bomba, o sense ell. I, sobretot, el que marca la diferència és com es presenta el plat: com s'explica el pla, com es gestionen les expectatives i com es construeix una experiència significativa.

Este monogràfic no pretén donar respostes tancades, sinó oferir ferramentes, mirades complementàries i propostes clíniques raonades. Al final, "depén" continua sent la resposta més honesta i també la més responsable, perquè ens compromet a raonar, individualitzar i cuinar -com tota bona paella- amb temps, cura i amor pels nostres pacients.

Pautar ejercicio terapéutico en un hombro doloroso



Josevi Piris Ballester

Colegiado 5070
Fisioterapeuta en Millennial Fisio

Una madre siempre tiene la razón. Como *millennial fisio* del 92 creo que ya he vivido lo suficiente para poder afirmarlo categóricamente. Y si intentas refutarlo, asegúrate de que no esté ella delante. Dentro de esos argumentos categóricos de madre, hay uno que ahora me viene al pelo para hablarte del ejercicio en el hombro. Tiene que ver con tu amigo Jaimito. Y con los puentes. Y tratar de justificar algo, que tu madre considera que no está bien, afirmando que tus amigos también lo han hecho. Te suena el ¿Sí Jaimito se tira por un puente, tú también?

Bien. El ejercicio terapéutico debería ser el *core* de cualquier tratamiento de hombro. Básicamente, porque se considera una intervención clínicamente significativa y rentable para el manejo del dolor de hombro relacionado con muchas entidades clínicas y ha demostrado efectos de pequeños a moderados en el dolor, la función y la calidad de vida en comparación con un placebo o ninguna intervención en diferentes ensayos clínicos. Como así se expone en la reciente guía de práctica clínica para tendinopatías del manguito rotador ⁽¹⁾ y así encontrarás en diferentes revisiones sobre otras entidades de hombro. ^(2,3,4)

Sin embargo, tengo la sensación de que utilizamos de más el comodín de las expectativas de camilla del paciente para no darle la importancia que deberíamos. El paciente llega a ti auto diagnosticado por Google, hace meses que el dolor de hombro no le deja levantar el brazo por encima de la cabeza, le empieza a dar bastante miedo todo lo que tenga que ver con coger cosas situadas en sitios altos, hace 20 años que no realiza ningún tipo de actividad física pero considera que no es una persona sedentaria "porque sale a caminar", quiere masaje, agujas y poner cosas en el sitio. Google le sugirió que sería lo mejor para su hombro adelantado.

Probablemente el diagnóstico no sea correcto y el masaje no sea su tratamiento *core* pero se ve venir que todo lo que sea sacarlo de la camilla va a suponer que el paciente hable mal de ti a su vecindario.

Y entonces aparece ella. ¿Si tu paciente te dice que te tires por un puente, tú te tiras? Evidentemente no, espero.

Atender a las expectativas del paciente es muy importante. Pero si esas expectativas se alejan de la evidencia científica más actual, es honesto que como sanitarios al menos intentemos buscar un equilibrio entre esas expectativas y conseguir tratarlo con más ejercicio como plantean las guías clínicas. Con el amplio abanico de entidades clínicas y tipos de personas con dolor de hombro es imposible ser muy específico. Pero voy a tratar de resumirte algunas consideraciones de forma general que espero te ayuden a mover más y mejor a tus pacientes. De la valoración inicial dependerá e cuanto y cómo, pero bajo mi punto de vista el ejercicio de una forma u otra, siempre debería estar.

Y si, yo también he perdido pacientes por que no vieran con buenos ojos sacarlos de la camilla y seguramente también, algún que otro paciente me haya puesto verde en su vecindario.

El primer consejo que te daría sería el de cambiar las gafas biomédicas por las bioconductuales. Dentro del enfoque biomédico se nos enseñó que ponerle nombre a la fuente dañada era necesario, que seguramente sería determinante corregir una cabeza humeral adelantada así como la presencia de discinesias escapulares y que detrás de todo ello era posible que hubiera mala técnica de movimiento o malas posturas. Sin embargo, con el paso del tiempo, acumulamos evidencia que apunta en el lado contrario, evidencia que sugiere que el daño estructural que podemos observar en una ecografía no siempre se correlaciona con la clínica del paciente. Que esta clínica, tampoco se suele correlacionar por si sola con aspectos puramente biomecánicos como la discinesia escapular y que tenemos que tener cuidado con las etiquetas y los mensajes que proporcionamos a los pacientes, pues condiciona mucho su recuperación.^(5,6,7)

Si tienes oportunidad, te aconsejo leer estas investigaciones sobre el efecto nocebo.^(8,9)



Además, el movimiento es consecuencia de un contexto, de una tarea con un objetivo y de unas condiciones propias de cada individuo que incluyen expectativas y creencias previas. Es complicado encontrar patrones que de forma general se puedan considerar lesivos por si solos.⁽¹⁰⁾

Por ejemplo, clínicamente, no son pocos los pacientes que te encontrarás que hacen vida normal con supras completamente rotos, *impingements* subacromiales (pinzamientos) increíbles y con escapuladas aladas que un tiempo atrás consideramos erróneamente lesivas por dogma.

Por eso, verás que varios autores coinciden en que hay muchas ocasiones donde una etiqueta diagnóstica basada en la patoanatomía no es suficiente para definir el dolor de hombro de un paciente. No tratamos tendinopatías de hombro. Tratamos personas con "tendinopatías de hombro" cuya clínica está altamente condicionada por muchas variables que van más allá de lo que pasa a nivel patoanatómico en ese hombro. Eso ni mucho menos, le quita valor a lo

que pasa en la estructura ni a como mueve nuestro paciente. Pero sí debería hacernos ver al paciente con mayor perspectiva. Sobre el tablero hay muchas más piezas que van más allá de la estructura que pueden condicionar que un manguito duela y que afectan directamente a su proceso de recuperación. Piezas que tienen que ver más con aspectos psico-sociales como la hipervigilancia, kinesofobia, ansiedad o que tu paciente tenga problemas en casa o en el trabajo. Piezas que hay que atender desde la historia clínica de cara a individualizar el tratamiento y que seguro que entenderás mejor cuando leas a continuación a nuestro compi Javi Guerra.

Esa visión de atender al paciente como algo más complejo supone la necesidad de aceptar la incertidumbre. De aceptar que el paciente mejore (o empeore) no es solo consecuencia de lo que hacemos en consulta de la herramienta que elijamos.

Dicho esto, ahí van unos *highlights* basados en evidencia ^(11,12) que espero que te ayuden a manejar esa complejidad.

No te cases con ningún método. Ningún tipo de ejercicio, control motor, estabilidad, movilidad, ex-céntricos... ha demostrado a día de hoy ser más

efectivo que otro. Valora las necesidades individuales y ensayo y error. Incluye en esa valoración la columna cervicodorsal.

Los objetivos individuales del tratamiento, la etapa de rehabilitación, los mecanismos de dolor y la irritabilidad de los síntomas determina en la toma de decisiones compartida cual es la dosis óptima de ejercicio.

La frecuencia y duración del programa de ejercicio varía también en base a esto. El paciente está de alta cuando cumple sus objetivos funcionales. Conseguir que mantenga la adherencia al ejercicio cuando ya no nos necesite debería entrar en nuestro plan terapéutico.

La educación sobre su condición de hombro, el apoyo de una red social y no tener miedo a aumentar la carga cuando ese hombro lo tolera son factores de buen pronóstico.

Los beneficios del ejercicio no solo están relacionados con la mejora de su capacidad. La mejora de su autoeficacia y la reducción de la kinesofobia pueden estar muy relacionados con su mejoría clínica. Así se ve en clínica:

Mecanismos casuales	Citas de apoyo
Mejora de la fuerza muscular	Y en cuanto empecé a entrenar la fuerza sentí que, con solo un ejercicio, cada parte de mi hombro se activaba. Sentí esa conexión instantánea entre el ejercicio y una mejora positiva en mi hombro (Powell et al., 2023).
Cambios en el estado psicoemocional	"Supongo que simplemente estaba recuperando la fe en mi hombro, que es lo que finalmente me hizo hacer todos los ejercicios de fuerza" (Powell et al., 2023).
El ejercicio tiene efectos positivos generalizados para la salud	Es positivo. Es beneficioso. Se siente bien (hacer ejercicio)... Obviamente, el ejercicio es bueno si se hace bien. Es bueno para las articulaciones. Es bueno para los músculos. Es bueno para los tendones. Es bueno para los ligamentos. Es bueno para la fuerza. Es bueno para la salud mental (Powell et al., 2023).



Precaución con los enfoques correctivos en fenotipos de paciente donde hay un componente de hipervigilancia y/o miedo evitación alto. Un “lo haces mal” o “está mal”, aunque nazca de buena fe, podría echar más leña al fuego por efecto nocebo.

El principal objetivo del ejercicio es que se haga. Atiende a que sea divertido. Hay pacientes donde con un simple globo tienes consigues el tratamiento más potente que podemos llevar a cabo.

Y, por último, recordad que una madre siempre tiene razón. De esto no sé si habrá evidencia. Pero tampoco me atrevería a refutarlo.

Referencias bibliográficas:

- Desmeules, F., et al. (2025). Rotator Cuff Tendinopathy Diagnosis, Nonsurgical Medical Care and Rehabilitation: A Clinical Practice Guideline. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 55 (4), 235–274. <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13182>**
- Silveira A, Lima C, Beaupre L, Chepeha J, Jones A (2024) Shoulder specific exercise therapy is effective in reducing chronic shoulder pain: A network meta-analysis. *PLOS ONE* 19(4): e0294014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294014>
- Mertens, M. G., Meert, L., Struyf, F., Schwank, A., & Meeus, M. (2022). Exercise Therapy Is Effective for Improvement in Range of Motion, Function, and Pain in Patients With Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 103(5), 998–1012.e14. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.806>
- Dueñas, L., Aguilar-Rodríguez, M., Voogt, L., Lluch, E., Struyf, F., Mertens, M. G. C. A. M., Meulemeester, K., & Meeus, M. (2021). Specific versus Non-Specific Exercises for Chronic Neck or Shoulder Pain: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 10(24), 5946. <https://doi.org/10.3390/jcm10245946>
- Vaz, D. V., Stilwell, P., Coninx, S., Low, M., & Liebenson, C. (2023). Affordance-based practice: An ecological-enactive approach to chronic musculoskeletal pain management. *Brazilian journal of physical therapy*, 27(5), 100554. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2023.100554>IF: 3.2 Q1
- Lewis, J. S., Mintken, P. E., & McDevitt, A. W. (2025). What's in a name? The case for using “rotator cuff related shoulder pain” in clinical practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 55(7), 1–3. <https://doi.org/10.2519/jospt.2025.13405>
- Lowry, V., Lavigne, P., Zidarov, D., Matifat, E., Cormier, A. A., & Desmeules, F. (2024). A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Various Shoulder Disorders. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 105(2), 411–426. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.09.022>IF: 3.7 Q1
- Colloca L. (2024). The Nocebo Effect. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 64, 171–190. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-022723-112425>
- Lluch-Girbés, E., Dueñas, L., Struyf, F., Camerone, E. M., & Rossetini, G. (2025). Negative expectations and related nocebo effects in shoulder pain: a perspective for clinicians and researchers. *Pain management*, 15(2), 93–104. <https://doi.org/10.1080/17581869.2025.2467022>IF: 1.5 Q4
- Balagué, N., Pol, R., Torrents, C., Ric, A., & Hristovski, R. (2019). On the Relatedness and Nestedness of Constraints. *Sports medicine - open*, 5(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40798-019-0178-z>IF: 5.9 Q1
- Powell, J. K., Lewis, J., Schram, B., & Hing, W. (2024). Is exercise therapy the right treatment for rotator cuff-related shoulder pain? Uncertainties, theory, and practice. *Musculoskeletal Care*, e1879. <https://doi.org/10.1002/msc.1879> (La de la imagen)
- Lang AE, Friesen KB, Lawson J, Mondal P, Koehncke N, et al. (2025) Biomechanical risk factors for rotator cuff syndrome in high-risk occupations: A prospective study protocol. *PLOS ONE* 20(6): e0326229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326229>

¿Dolor de hombro? El valor añadido de la fisioterapia invasiva



Mariano Martín-Macho Martínez

Colegiado 3918

Fisioterapeuta y director del Centro Clínico Sant Telm (Denia)
Adjunto de Fisioterapia. Coordinador de terapias RHB en
Hospital La Pedrera de Denia

El dolor de hombro es una de las causas más frecuentes de consulta en fisioterapia, especialmente entre personas activas, deportistas y trabajadores que realizan movimientos repetitivos o tareas por encima de la cabeza. La complejidad anatómica y funcional del hombro, junto con la coexistencia de múltiples estructuras implicadas, hace que su abordaje terapéutico deba ser preciso, individualizado y, sobre todo, basado en la evidencia. En este contexto, la fisioterapia invasiva ha emergido como una herramienta terapéutica eficaz que aporta valor añadido al tratamiento tradicional.

Comprendiendo el dolor de hombro

Las disfunciones del hombro pueden tener origen muscular, tendinoso, capsular, nervioso o articular, y muchas veces coexisten varias de estas alteraciones. Entre las patologías más comunes se encuentran la tendinopatía del manguito rotador, la bursitis subacromial, la capsulitis adhesiva, el síndrome de pinzamiento subacromial o las inestabilidades articulares. El abordaje convencional mediante ejercicio terapéutico, terapia manual y educación del paciente sigue siendo el pilar fundamental, pero en casos de dolor persistente, inflamación localizada o escasa evolución del paciente, puede ser necesario un tratamiento más específico.

¿Qué es la fisioterapia invasiva?

La **fisioterapia invasiva** engloba un conjunto de técnicas terapéuticas que utilizan los agentes físicos aplicados a través de agujas y electroterapia de forma percutánea, con el objetivo de tratar estructuras musculoesqueléticas profundas de manera específica. Las técnicas más habituales incluyen la **electrólisis percutánea**, la **neuromodulación percutánea**, o la **punción seca**. Estas intervenciones

se realizan bajo criterios clínicos rigurosos y, en muchos casos, guiadas por ecografía para garantizar la seguridad y la precisión en el abordaje de estructuras como tendones, nervios, cápsulas articulares o puntos gatillo miofasciales.

Abordaje diferencial del hombro con fisioterapia invasiva

La fisioterapia invasiva permite un enfoque más específico en el tratamiento de las patologías del hombro. Por ejemplo, en casos de tendinopatías del manguito rotador, técnicas como la electrólisis percutánea provocan una respuesta inflamatoria controlada que estimula la regeneración del tejido tendinoso y pueden modular el dolor del paciente. Cuando se aplica de forma ecoguiada, el procedimiento se realiza con mayor seguridad y eficacia, alcanzando exactamente el objetivo diana en el área lesional.

En situaciones de capsulitis adhesiva o rigidez articular, la neuromodulación percutánea dirigida a ramas nerviosas periféricas (como el nervio supraescapular o el nervio circunflejo) puede ayudar a disminuir el dolor y mejorar el rango articular. Además, el uso combinado de técnicas invasivas, la terapia manual ortopédica y el ejercicio terapéutico activo permiten acelerar el proceso de recuperación, mejorar la funcionalidad y reducir el tiempo de tratamiento.

La punción seca, uno de los recursos más empleados en el abordaje del componente miofascial, resulta especialmente útil en músculos como el infraespinoso, subescapular o trapecio superior. Esta técnica ha demostrado mejorar la movilidad, reducir el dolor referido y disminuir la hipersensibilidad central, especialmente en casos persistentes ^[2,3,4]. En este tipo de pacientes, es frecuente identificar una hiperactividad de la unidad motora compatible con una disfunción de la placa motora, caracterizada por una liberación anómala y sostenida de acetilcolina en reposo ^[5]. Esta alteración neuromuscular se



El fisioterapeuta, como profesional sanitario, debe decidir de forma razonada cuándo y cómo emplear las técnicas invasivas, evitando su uso indiscriminado o como recurso único



manifiesta clínicamente como una contractura mantenida, dolor local y referido, y limitación del rango de movilidad activa. La fisioterapia invasiva, mediante técnicas como la punción seca o la neuromodulación percutánea, permite modular esta disfunción a nivel periférico, contribuyendo a la normalización del tono muscular y a la disminución del dolor ^[1,5,6].

Un estudio realizado en el Hospital Marina Salud de Denia por Martín-Macho Martínez M y Ventero Gómez A (2016) documentó una reducción del dolor desde una media EVA de 7,3 a 2,1 y una satisfacción global de 8,2/10 tras la implantación de un protocolo de electrólisis percutánea musculoesquelética ecoguiada ^[13]. Además, en 2018 se presentó una serie de casos donde se utilizó neuromodulación percutánea ecoguiada para tratar el dolor crónico de hombro en pacientes hemipléjicos, mostrando mejoras relevantes en la funcionalidad y reducción del dolor ^[14]. Otro

estudio presentado por Martín-Macho Martínez M en el mismo Congreso Internacional de Fisioterapia Invasiva fue premiado por el público, donde se evaluó la eficacia de esta técnica de neuromodulación percutánea en el dolor postoperatorio tras la artroplastía total de rodilla, con resultados prometedores en el control del dolor y recuperación funcional [15].

Integración en el tratamiento global

Uno de los principales valores de la fisioterapia invasiva es que no sustituye el tratamiento convencional, sino que lo complementa y potencia. La selección adecuada del paciente, la integración de la historia clínica y la ecografía musculoesquelética, junto con la combinación progresiva de terapia manual y ejercicios activos, son claves para un abordaje global y eficaz.

El fisioterapeuta, como profesional sanitario con competencia en el diagnóstico funcional y en la aplicación de técnicas invasivas con la formación acreditada, debe decidir de forma razonada cuándo y cómo emplearlas, evitando el uso indiscriminado o como recurso único.

Conclusiones

La **fisioterapia invasiva** representa una herramienta terapéutica de gran utilidad en el tratamiento del hombro doloroso. Su capacidad para actuar de forma precisa sobre estructuras diana permite acelerar la recuperación, modular el dolor y optimizar los resultados funcionales, especialmente en casos crónicos o de difícil evolución. Lejos de ser una solución aislada, su valor reside en integrarse dentro de un enfoque multimodal, centrado en el paciente y respaldado por la evidencia científica. Su aplicación responsable y basada en el razonamiento clínico eleva la calidad asistencial y refuerza el papel del fisioterapeuta como profesional de referencia en el tratamiento musculoesquelético.



“

La fisioterapia invasiva representa una herramienta terapéutica de gran utilidad en el tratamiento del hombro doloroso. Su capacidad para actuar de forma precisa sobre estructuras diana permite acelerar la recuperación, modular el dolor y optimizar los resultados funcionales ”

”



Referencias bibliográficas

1. Valera-Garrido F, Minaya-Muñoz F, Medina-Mirapeix F. Fisioterapia invasiva. Técnicas de intervención sobre el sistema neuromusculoesquelético. Elsevier España; 2013.
2. Arias-Buría JL, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck pain: a randomized clinical trial. Arch Phys Med Rehabil. 2015;96(5):775-781.
3. Dommerholt J, Fernández-de-las-Peñas C. Trigger Point Dry Needling: An Evidence and Clinical-Based Approach. Elsevier Health Sciences; 2013.
4. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo (2ª ed.). Médica Panamericana; 2005.
5. Rodríguez-Huguet M, De-la-Llave-Rincón AI. Neuromodulación percutánea ecoguiada: una técnica emergente en fisioterapia invasiva. Cuest Fisioter. 2020;49(3):123-131.
6. Lewis JS. Rotator cuff related shoulder pain: assessment, management and uncertainties. Man Ther. 2016;23:57-68.
7. Arias-Buría JL, Truyols-Domínguez S, Valero-Alcaide R, Salom-Moreno J, Atín-Arratibel MA, Fernández-de-Las-Peñas C. Ultrasound-Guided Percutaneous Electrolysis and Eccentric Exercises for Subacromial Pain Syndrome: A randomized clinical trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:315219.
8. Valtierra M, Salom-Moreno J, Fernández-de-las-Peñas C, et al. Ultrasound-Guided Percutaneous Electrolysis as an Adjunct to Exercise and Manual Therapy for Subacromial Pain Syndrome: RCT. J Pain. 2018;19(10):1201-1210.
9. Rodríguez-Huguet M, Góngora-Rodríguez J, Rodríguez-Huguet P, et al. Effectiveness of Percutaneous Electrolysis in Supraspinatus Tendinopathy: Single-Blinded RCT. J Clin Med. 2020;9(6):1837.
10. Dolores-Moreno M. Results of the Electrolysis Percutaneous Intratissue in the shoulder pain: infraspinatus. RCT. Rev Cub Ortop Traumatol. 2015;30(1):76-87.
11. Terrado Lozano P. Efectividad de la electrólisis percutánea terapéutica frente a la punción seca en el síndrome subacromial [TFG]. Universitat de Lleida; 2017.
12. Barreto-Hernández et al. Revisión sistemática sobre la efectividad de la electrólisis percutánea en tendinopatías crónicas. Fisiocampus; 2021.
13. Martín-Macho Martínez M, Ventero Gómez A. Resultados del modelo de implantación de la electrólisis percutánea musculoesquelética en el Sistema Nacional de Salud. Rev Fisioterapia Invasiva. Comunicaciones II Congreso Internacional de Fisioterapia Invasiva; 2016.
14. Ventero Gómez A, Minaya Muñoz F, Martín-Macho Martínez M, Martín Buigues A. Efectos de neuromodulación percutánea ecoguiada en dolor crónico de hombro en pacientes hemipléjicos. Comunicaciones II Congreso Internacional de Fisioterapia Invasiva; 2018.
15. Martín-Macho Martínez M, Minaya Muñoz F, Ventero Gómez A, Carrió Font M. Evaluación del dolor postoperatorio tras neuromodulación percutánea ecoguiada en artroplastia total de rodilla. Comunicaciones II Congreso Internacional de Fisioterapia Invasiva; 2018.

Sobre la TMO en el hombro o cómo volver a alcanzar una taza sin dolor



Raquel Galindo Martínez

Colegiada 4257

Fisioterapeuta especialista en Terapia Manual y Dolor Orofacial

Profesora en la Universidad CEU Cardenal Herrera

En nuestra práctica clínica diaria, la Terapia Manual Ortopédica (TMO) se ha consolidado como una herramienta esencial dentro del abordaje integral del dolor de hombro. ¿Pero, a qué hacemos referencia con TMO? ¿Por qué puede ser tan relevante emplear la TMO en patologías que cursen con dolor de hombro? Y, sobre todo, ¿con la evidencia científica en mano, cuándo, cómo y con qué objetivo se aplica? Vamos a intentar desgranar porqué, en el dolor de hombro, la TMO tiene un papel tan importante.

La TMO ofrece un enfoque centrado en el paciente y basado en la evidencia científica y clínica disponible dentro del marco biopsicosocial de cada persona. Mediante la exploración física y un proceso sistemático de razonamiento clínico y reevaluación continua, se establece una estrategia de tratamiento consensuada que incluye técnicas de terapia manual y el manejo activo de múltiples condiciones musculoesqueléticas ⁽¹⁻²⁾.

De hecho, ese manejo activo que permite y facilita la TMO es fundamental en la recuperación completa y funcional de las personas con dolor de hombro. La evidencia científica actual muestra la eficacia y la efectividad de los programas de TMO en alteraciones que conciernen al hombro, incluyendo patologías tan comunes como el dolor de hombro relacionado con el manguito de los rotadores (entidad clínica descrita también como síndrome de *impingement* subacromial o tendinopatía del manguito de los rotadores) y la capsulitis adhesiva (u hombro congelado) ⁽³⁻⁴⁻⁵⁾. De hecho, la aplicación de programas de tratamiento que combinan TMO, educación y ejercicio en alteraciones musculoesqueléticas que cursan con dolor de hombro permite mejorar la función, reducir la intensidad del dolor en reposo y durante el movimiento, mejorar las capacidades tisulares y recuperar el rango de movimiento glenohumeral, pero también de la región dorsal y cervical, áreas que pueden verse afectadas a nivel funcional en patologías de hombro de larga evolución.



Aplicar la TMO con movimiento e incorporando a gestos funcionales, va a permitir mejorar las estrategias de movimiento activo libre de dolor y la incorporación de actividades de la vida diaria con carga de forma temprana



En ambas entidades clínicas, el hombro congelado y la tendinopatía del manguito de los rotadores, el plan de tratamiento mediante TMO se aplica bajo la premisa de adaptar la empleabilidad de la terapia manual a la revaluación constante, modificando la intensidad, frecuencia o duración del tratamiento según las necesidades de cada paciente y los mecanismos tisulares y del dolor que acontecen. Con todo, buscamos, como objetivo, la recuperación funcional y el cambio conductual en el paciente que permita estrategias de afrontamiento saludables y la prevención de recidivas.

“La TMO es especialmente útil en patologías de hombro como el dolor asociado al manguito de los rotadores o el hombro congelado ya que va a permitir atender a los cambios pato-anatómicos cuando los haya. Además, aplicar la TMO con movimiento e incorporando a gestos funcionales, va a permitir mejorar las estrategias de movimiento activo libre de dolor, la representación del movimiento y la incorporación de actividades de la vida diaria con carga de forma temprana”.

Así pues, si revisamos la literatura científica, los programas de TMO en el dolor de hombro rela-

cionado con el manguito de los rotadores incluyen técnicas enfocadas a tejido blando y movilizaciones articulares con el objetivo de reducir la sintomatología y mejorar la cantidad y calidad del movimiento ⁽³⁻⁸⁾. A nivel articular, se propone la aplicación de técnicas de deslizamiento articular antero-posterior e inferior y otros abordajes como la distracción articular o la movilización torácica en grados III-IV de Maitland con el objetivo de aumentar el rango de movimiento en rotación externa, interna y abducción del hombro ^(3,8). Por otro lado, los estudios científicos también recogen la aplicación de técnicas de enfocadas a tejido blando, haciendo referencia a músculos como el pectoral menor, dorsal ancho, trapecio superior, supra e infraespinoso, redondo menor y la porción larga del bíceps entre otros ^(8,9). Sin embargo, la incorporación de técnicas como las movilizaciones con movimiento (Mulligans MWM), la movilización neurodinámica y, en general, la terapia manual con movimiento activo o asistido, permite no solo mejorar la sintomatología y el rango de movimiento sino también recuperar de forma temprana el movimiento funcional libre de dolor y la incorporación temprana de carga ^(3,9,10). Además, se favorece la gestión activa de la disfunción por parte del paciente al ayudar

a reducir el miedo asociado al dolor (kinesiofobia) y las conductas catastrofistas con respecto al movimiento. Ser capaces de ayudar al paciente, mediante movilizaciones con movimiento, a reproducir su principal movimiento provocador, le permite comprender fácilmente la relevancia del movimiento activo, guiado y supervisado en su recuperación.

Por otro lado, en lo que acontece a la TMO en el dolor de hombro relacionado con la capsulitis adhesiva, atendiendo a los resultados de estudios como la revisión Cochrane de Page et al ⁽¹¹⁾ no es posible obtener conclusiones firmes sobre los beneficios de la aplicación de terapia manual de forma exclusiva en este perfil de pacientes frente a otras intervenciones médicas como, por ejemplo, la infiltración con corticoesteroides o la pauta de AINEs. Sin embargo, esto se ajusta a la realidad clínica, ya que, en la capsulitis adhesiva, los pacientes tienden a tratamientos multidisciplinarios con pautas médicas-farmacológicas y fisioterápicas de forma conjunta. De hecho, la terapia manual se administra como coadyuvante en gran parte de los programas propuestos por la literatura científica ⁽¹¹⁾.

En este aspecto, la evidencia científica propone, en primera instancia, TMO basada en las movilizaciones articulares con el objetivo de reducir la resistencia tisular durante el movimiento y mejorar la extensibilidad de la cápsula articular. Para ello, se emplean grados de movilidad articular Maitland III y IV; A su vez, con fines analgésicos se propone la aplicación de movilizaciones accesorias de grados I-II de Maitland. Como ejemplo, los programas de terapia manual publicados utilizan técnicas como los deslizamientos antero-posteriores, postero-anteriores, deslizamientos caudales y la distracción articular.

Pero ¿qué es lo más relevante tras estas sesiones iniciales? La tendencia retráctil de la cápsula articular conlleva la pérdida de las ganancias de



La terapia manual con movimiento activo o asistido ayuda a reducir el miedo asociado al dolor (kinesiofobia) y las conductas catastrofistas con respecto al movimiento



rango de movimiento obtenido durante la sesión. Por ello, la transferencia rápida hacia el movimiento libre de dolor y funcional es primordial. ¿Incluso de pocos grados? ¡Por supuesto! Seguro que nuestro paciente agradece llegar a coger la taza del desayuno (y sus tejidos, y ese sistema nervioso que todo lo analiza, aún lo agradecerán más).

Progresivamente, y atendiendo a la esfera biopsicosocial del paciente, se pretende buscar tratamientos donde la terapia manual actúe como coadyuvante del movimiento, facilitando la ganancia de rango de movimiento libre de dolor, asistiendo el movimiento y, con forme se pueda, ayudando a la incorporación de carga ⁽¹²⁾.



Por tanto, y visto cómo nos indica la literatura científica que hemos de proceder con la terapia manual en las patologías que cursan con dolor de hombro como el dolor relacionado con el manguito de los rotadores o el hombro congelado, parece sensato concluir que, efectivamente, el rol es primordial en las patologías de hombro pero no exclusivo. La necesidad de acompañamiento que permita al paciente una mejor gestión de su disfunción, sus creencias y expectativas así como la incorporación de un programa de ejercicio supervisado y guiado van a ser las claves. Así que no esperemos sentados (ni mucho menos tumbados) porque toca moverse.

Referencias bibliográficas

1. Silvernail, J. L., Deyle, G. D., Jensen, G. M., Chaconas, E., Cleland, J., Cook, C., Courtney, C. A., Fritz, J., Mintken, P., & Lonnemann, E. (2024). Orthopaedic Manual Physical Therapy: A Modern Definition and Description. *Physical therapy*, 104(6), pzae036. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzae036>.
2. International Federation of Orthopedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT), Incorporated Constitution. International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists. 2021. Accessed April 17, 2024.
3. Pieters, L., Lewis, J., Kuppens, K., Jochems, J., Bruijstens, T., Joossens, L., & Struyf, F. (2020). An Update of Systematic Reviews Examining the Effectiveness of Conservative Physical Therapy Interventions for Subacromial Shoulder Pain. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 50(3), 131–141. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.8498>.
4. Desjardins-Charbonneau, A., Roy, J. S., Dionne, C. E., Frémont, P., MacDermid, J. C., & Desmeules, F. (2015). The efficacy of manual therapy for rotator cuff tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 45(5), 330–350. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5455>.
5. Noten, S., Meeus, M., Stassijns, G., Van Glabbeek, F., Verborgt, O., & Struyf, F. (2016). Efficacy of Different Types of Mobilization Techniques in Patients With Primary Adhesive Capsulitis of the Shoulder: A Systematic Review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(5), 815–825. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.07.025>.
6. Sharma, S., Ejaz Hussain, M., & Sharma, S. (2021). Effects of exercise therapy plus manual therapy on muscle activity, latency timing and SPADI score in shoulder impingement syndrome. *Complementary therapies in clinical practice*, 44, 101390. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101390>.
7. Steuri, R., Sattelmayer, M., Elsig, S., Kolly, C., Tal, A., Taeymans, J., & Hilfiker, R. (2017). Effectiveness of conservative interventions including exercise, manual therapy and medical management in adults with shoulder impingement: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *British journal of sports medicine*, 51(18), 1340–1347. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096515>.
8. Tauqeer, S., Arooj, A., & Shakeel, H. (2024). Effects of manual therapy in addition to stretching and strengthening exercises to improve scapular range of motion, functional capacity and pain in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 25(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07294-4>.
9. Nazary-Moghadam, S., Zarei-Moghadam, F., Zeinalzadeh, A., Ebrahimzadeh, M. H., Moradi, A., Emadzadeh, M., & Hasson, S. (2024). Effects of comprehensive physiotherapy compared with routine physiotherapy on pain and function in patients with subacromial pain syndrome: A randomized clinical trial with 6-month follow-up. *Journal of bodywork and movement therapies*, 40, 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.04.008>.
10. Çelik D, Van Der Veer P, Tiryaki P. The Clinical Significance of Mulligan's Mobilization with Movement in Shoulder Pathologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Integr Complement Med*. 2025 Feb;31(2):134-142. doi: 10.1089/jicm.2024.0200. Epub 2024 Aug 27. PMID: 39189938.
11. Page, M. J., Green, S., Kramer, S., Johnston, R. V., McBain, B., Chau, M., & Buchbinder, R. (2014). Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(8), CD011275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011275>.
12. Satpute K, Reid S, Mitchell T, Mackay G, Hall T. Efficacy of mobilization with movement (MWM) for shoulder conditions: a systematic review and meta-analysis. *J Man Manip Ther*. 2022 Feb;30(1):13-32. doi: 10.1080/10669817.2021.1955181. Epub 2021 Aug 1. PMID: 34334099; PMCID: PMC8865120.

Dolor de hombro tratado desde el punto de vista de las cadenas musculares y miofasciales



Claudia Zilkens

Colegiada 3346

Fisioterapeuta autónoma experta en atención para empresas
Profesora asociada en la Universidad CEU Cardenal Herrera

El concepto de cadenas musculares y miofasciales parte de la idea de que la postura influye en la función fisiológica y la percepción del dolor. Según esta teoría, las tensiones musculares se distribuyen a lo largo de cadenas, y un desequilibrio postural puede limitar el movimiento y generar dolor.

El pionero en este enfoque fue **F. Matthias Alexander** (1869–1955), actor australiano que superó sus problemas de voz mediante el control postural y la relajación de tensiones. Su método dio origen a la técnica Alexander. Décadas después, **Ida Rolf** (1896–1979), bioquímica estadounidense, desarrolló la técnica de integración estructural o Rolfing, centrada en mejorar el funcionamiento biomecánico general, influenciada por el yoga. Trajo su idea a Europa al seguir su formación científica en Francia y Suiza.

Otra figura destacada fue la fisioterapeuta francesa **Françoise Mézières** (1909–1991), quien trabajó con cadenas musculares desde 1947. Unos años después surgieron figuras clave como **Alois Brügger** (1920–2001), médico suizo que abordó estos conceptos desde la neurología, y tres discípulos de Mézières: **Godelieve Denys-Struyf**, **Léopold Busquet** y **Philippe E. Souchard**, quienes desarrollaron sus propios métodos en los años 70.

Finalmente, el norteamericano **Thomas Myers**, discípulo de Rolf, creó el concepto de trenes anatómicos en 1976 para enseñar las conexiones miofasciales, integrando influencias del método Alexander. Su obra *Anatomy Trains* (2001, actualizada en 2021) describe las cadenas miofasciales. Las cadenas coinciden con los meridianos de la acupuntura. Según una revisión sistemática de Wilkes et al. (2016), algunas cadenas miofasciales tienen una fuerte evidencia científica desde el punto de vista anatómico.

Las cadenas musculares son grupos de músculos que trabajan en conjunto. El objetivo terapéutico sería corregir desequilibrios posturales y mejorar la función corporal. Las cadenas miofasciales, en cambio, son conexiones formadas por tejido fascial que vinculan músculos, huesos y otras estructuras. La fascia es el tejido que une y transmite tensiones entre diferentes estructuras. El objetivo terapéutico aquí se centra en la liberación de tensiones y el movimiento consciente. Aunque diferentes, ambas buscan el equilibrio y parten de una visión holística del cuerpo.

¿Y cómo se aplica la teoría de las cadenas musculares y miofasciales en la práctica clínica? Para ello, lo mejor es **plantear un caso clínico**:

Paciente, mujer (45A), acude a consulta con dolor de hombro derecho de 2 semanas de evolución. Trabaja en postura sentada en una cadena de montaje. Refiere que hace 15 días realizó un sobreesfuerzo: tenía que presionar unas piezas hacia abajo con el pulgar de la mano derecha. Desde entonces le duele el hombro derecho cuando levanta el brazo hacia delante (flexión) a partir de los 90° y cuando lo levanta hacia el lateral (abducción) desde los 60° hasta los 120°. El dolor aparece con el movimiento y desaparece cuando sale de la postura dolorosa. Por las mañanas tiene menos dolor, y conforme pasa el día empeora. No le duele por la noche, salvo si se acuesta sobre su lado derecho. El dolor está localizado craneal en el hombro y baja hasta la mitad del brazo. En su tiempo libre le gusta jugar al pádel, también acude a clases grupales de Bodypump y GAP. No padece de ninguna enfermedad. Le duele la espalda de vez en cuando. En las pruebas de imágenes (radiografía y ecografía) tan sólo aparece un poco de desgaste acorde a su edad.

Hipótesis: El dolor de hombro nos sugiere que puede radicar un compromiso subacromial funcional causado por un desequilibrio en las cadenas miofasciales, que altera la tensión y la movilidad global de la articulación glenohumeral.



El objetivo terapéutico de las cadenas musculares sería corregir desequilibrios posturales y mejorar la función corporal. El de las cadenas miofasciales se centra en la liberación de tensiones y el movimiento consciente



En la **inspección** se aprecia una hiper cifosis dorsal con los hombros en posición protracción:

El movimiento activo mano a la espalda y mano al hombro opuesto es libre y no causa ningún dolor. El movimiento pasivo causa el mismo efecto ya descrito por la paciente, además se comprueba la movilidad de las costillas y de la columna torácica: en ambos movimientos se percibe rigidez.



Línea funcional frontal



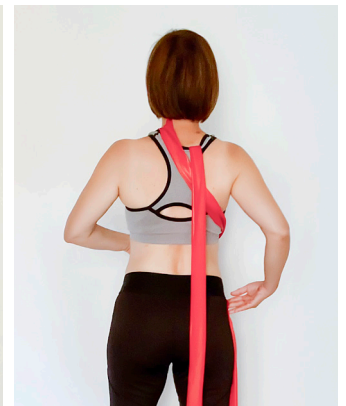
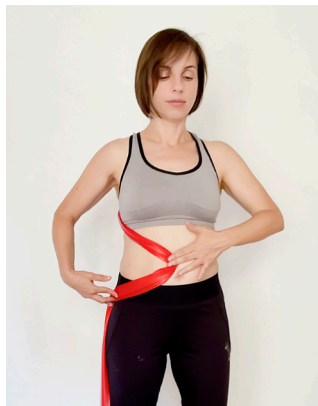
Línea anterior profunda



Línea anterior superficial

En la **palpación** se comprueba el tono muscular.
 Tono muscular elevado:

- La línea funcional frontal de Myers: en el M. pectoral mayor, los rectos abdominales y los aductores de cadera. El tono elevado de esta cadena miofascial puede limitar el despliegue de las costillas necesario a la hora de elevar el brazo.
- La línea anterior profunda del brazo según Myers: M. pectoral menor, M. bíceps braquial y la musculatura tenar. El tono muscular de esta cadena miofascial podría limitar la rotación superior de la escápula (tanto el M. pectoral menor como el M. bíceps braquial inserten en la escápula) por lo tanto quedarían comprometidas las estructuras subacromiales, lo cual nos podría provocar el dolor de hombro.
- La línea anterior superficial del brazo. Dicha línea consiste en M. pectoral mayor, M. dorsal ancho y grupo flexor del antebrazo conectado por el tabique intermuscular medial. Esta cadena miofascial podría limitar el movimiento del humero en rotación externa (tanto el M. pectoral mayor como el M. dorsal ancho inserte en el húmero), lo cual provocaría de nuevo el compromiso de las estructuras subacromiales.



Línea espiral

El tono muscular podría encontrarse reducido en la línea espiral: La palpación de las estructuras óseas no hay hallazgos, el examen neurológico también es negativo.

¿Cómo sabemos si estas cadenas miofasciales influyen en el dolor de hombro de mi paciente?

Se realiza un tratamiento de prueba. Como movimiento de prueba utilizamos la abducción y la flexión de hombro (aquí el movimiento doloroso/limitado). Se activa la cadena muscular inhibida hasta que el paciente siente un leve cansancio (generalmente 1 minuto o 10-20 repeticiones):



1



2



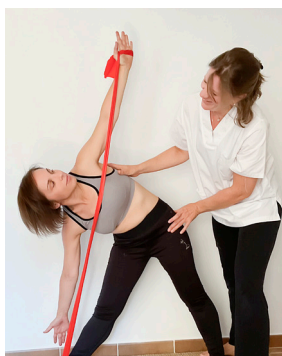
3

1. Activación antagonistas línea funcional frontal
2. Activación antagonistas línea anterior profunda
3. Activación antagonistas línea anterior superficial

Después de cada activación el paciente realiza movimiento de prueba. Si la movilidad y/o el dolor mejoran, sabemos que el ejercicio de activación influye directamente sobre su problema y la cadena miofascial está afectada.

La ventaja de este tipo de terapia es que el paciente nota la mejoría *in situ*. Esto le motiva a seguir practicando el ejercicio y se responsabiliza directamente, viendo que su salud está en sus manos.

El **tratamiento** de la cadena miofascial consiste en subir el tono muscular con los ejercicios que hayamos visto en el tratamiento de prueba que bajan el dolor y/o mejoran la movilidad. Además podemos añadirle ejercicios de la cadena espiral, cuyo tono vimos reducido, algún ejemplo gráfico:



Por otro lado, se trabaja sobre la cadena miofascial hiperactivada con técnicas que bajan el tono muscular y liberan tensiones miofasciales, como por ejemplo masoterapia, técnicas de liberación miofascial, calor y estiramientos.

Como fisioterapeuta con casi 20 años de experiencia, considero valioso explorar las cadenas musculares como tratamiento complementario. Tratar los músculos correctos es fácil y efectivo, y los pacientes pueden realizar autotratamientos en casa, lo que les da responsabilidad sobre su cuerpo y reduce su dependencia del fisioterapeuta. El diagnóstico preciso es clave para elegir el tratamiento adecuado en el momento adecuado, alejándonos de enfoques universales como el masaje de espalda. Cada paciente es único y necesita un tratamiento personalizado. Aunque la evidencia científica sobre las cadenas musculares es moderada y aún queda por investigar, todos coincidimos en que el ejercicio físico mejora la salud general, y ¿por qué no hacerlo siguiendo las cadenas musculares?

Estrategias de Afrontamiento Activo en el dolor crónico de hombro



Javier Guerra Armas

Colegiado 10987 del ICPFA (Andalucía)
Fisioterapeuta. Doctorando en Ciencias de la Salud
por la Universidad de Málaga (UMA) y la Universidad de
Maastricht (UM)

El dolor de hombro presenta prevalencia del 16% en la población general, siendo una causa frecuente de dolor musculoesquelético¹. A pesar de que varias intervenciones, como la terapia manual, los agentes electrofísicos y las técnicas invasivas, parecen ofrecer alivio a corto plazo, un 50% de las personas siguen sintomáticas más allá de los 6 meses². Dentro de las patologías que afectan al hombro, las que con más frecuencia acaban en situación de cronicidad son el dolor relacionado con el manguito rotador, el hombro congelado y la inestabilidad glenohumeral. Es por ello, que la cronificación del dolor de hombro supone un problema significativo que interfiere en la actividad diaria, disminuye la calidad de vida, provoca un alto índice de absentismo laboral, genera altos costes sanitarios directos e indirectos, y afecta a la salud mental de la persona que sufre dolor³.

Aunque siguiendo un enfoque biomédico el abordaje del hombro se ha dirigido clásicamente a la resolución del daño tisular, según la evidencia científica disponible no existe una asociación causal entre los hallazgos pato-anatómicos, la discapacidad y el dolor reportado por los pacientes⁴. Estos hallazgos han puesto en debate el modelo biomédico predominante, y por ello actualmente, el dolor de hombro debe considerarse un fenómeno multidimensional⁵, en el cual factores biológicos, tanto locales como sistémicos, y factores psicológicos y sociales se interrelacionan entre sí, de una manera indivisible, influyendo tanto en la aparición de los síntomas como en el pronóstico evolutivo.

Las guías más recientes de práctica clínica sobre el manejo del dolor musculoesquelético recomiendan incluir tratamientos basados en la evidencia, económicamente costo-efectivos y con efectos secundarios bajos o nulos; siendo éstos los tres pilares fundamenta-



El ejercicio terapéutico y la educación, junto a la terapia manual, se han recomendado como el tratamiento de primera línea para el dolor y la discapacidad en entidades como el dolor referido del manguito rotador y el hombro congelado



les de la práctica considerada de alto valor⁶. Sin embargo, la alta tasa de cronicidad, la gran heterogeneidad y los limitados tamaños del efecto de las intervenciones tanto conservadoras como quirúrgicas, requieren de una reflexión profunda sobre el modelo en el que basamos la atención de la persona que sufre dolor en el hombro⁷. Este 2025, Desmeules y su equipo de investigación han publicado una guía de práctica clínica en la prestigiosa revista científica *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* (JOSPT) para orientar a los profesionales clínicos con recomendaciones que abarcan la evaluación, el tratamiento y el pronóstico de los adultos con dolor referido del manguito rotador⁸. El ejercicio terapéutico y la educación, junto a la terapia manual, se han recomendado como el tratamiento de primera línea para el dolor y la discapacidad en entidades como el dolor referido del manguito rotador y el hombro congelado⁹. Además, un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en España ha reportado que combinar educación, ejercicio y terapia manual dentro de un programa multimodal es más efectivo que cualquiera de estas intervenciones de manera aislada¹⁰. Aunque no debemos desechar ni infravalorar el

papel de los aspectos biológicos, la evidencia científica muestra que los factores psicológicos y sociales son los mejores predictores del pronóstico en el dolor y la discapacidad en el dolor crónico de hombro¹¹. Factores psicológicos como las creencias, las expectativas, el miedo al movimiento, los comportamientos de evitación, estados ansiosos, la autoeficacia, la alianza terapéutica o la adherencia se han asociado de forma consistente con la efectividad del abordaje tanto conservador como postquirúrgicos en pacientes con dolor de hombro¹². Por lo tanto, la recomendación de un cambio de paradigma en el abordaje del dolor de hombro ha sido reclamada por referentes en este campo, como Jeremy Lewis⁷, sugiriendo pasar de un enfoque basado en el tejido y la patología, a un modelo bioconductual centrado en la persona¹³.

Para abordar la enorme carga asistencial de dolor crónico dentro del sistema sanitario público, la primera Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor Crónico (UAAD) fue creada en 2018 en Valladolid. Esta unidad, pionera en España y liderada por fisioterapeutas, representa un cambio de paradigma en la atención al dolor

crónico; pasando de un modelo pasivo paternalista a un modelo activo centrado en la persona. La meta principal de estas UAAD es proporcionar un tratamiento eficaz a los pacientes con dolor crónico basado en un manejo activo centrado en la funcionalidad¹⁴. La funcionalidad, al igual que el dolor, no solo depende de las funciones físicas, sino también de una interacción dinámica entre factores emocionales, cognitivos, conductuales y aspectos sociales.

El dolor crónico es una experiencia individual y multidimensional que no puede resolverse con una técnica única y/o un tratamiento pasivo¹³. Aunque el dolor crónico suele asociarse con la idea de un problema “para toda la vida”, su definición está basada únicamente en un criterio temporal (cualquier dolor que dura más de 3 meses), y no en su pronóstico o posibilidad de recuperación. Por ello, los fisioterapeutas debemos desarrollar habilidades y conocimientos transversales, como el razonamiento clínico y las habilidades comunicativas, para optimizar nuestros resultados con estos pacientes. Las UAAD proponen, a través de un sistema de derivación en Atención Primaria, que los pacientes puedan acceder a un tratamiento multimodal basado en educación y ejercicio, en el que se combinan sesiones grupales e individuales durante un tiempo de hasta 16 semanas¹⁴. Desde el afrontamiento activo, se busca que el dolor no sea el protagonista en la vida del paciente, haciendo que sean proactivos en su proceso de recuperación dentro de un programa integral que reúne un equipo interdisciplinar formado por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras. El objetivo principal en el afrontamiento activo no es reducir el dolor como se lleva haciendo durante años en el tratamiento del dolor crónico, sino mejorar la funcionalidad. La funcionalidad se define como la capacidad de la persona para desenvolverse en un contexto específico de forma adaptativa y con un sentido para la persona. Sin embargo, cuando nos referimos al concepto de funcionalidad, no hablamos exclusiva-



mente de la funcionalidad física, sino también es imprescindible tener en cuenta la funcionalidad cognitiva, emocional y social – funcionalidades que en la gran mayoría de los pacientes están mermadas y deben ser un objetivo prioritario en el tratamiento.

De hecho, este objetivo va en línea con la clasificación de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), la cual destaca que la función, la actividad y la participación en la vida diaria son elementos clave para el manejo del dolor crónico. Por todo ello, la fisioterapia tiene un papel fundamental en la mejora funcional del dolor crónico de hombro. Los fisioterapeutas debemos recuperar nuestra identidad como especialistas del movimiento, guías y facilitadores de una recuperación activa significativa de la vida de nuestros pacientes¹⁵.



El dolor crónico es una experiencia individual y multidimensional que no puede resolverse con una técnica única y/o un tratamiento pasivo



El afrontamiento activo pone en valor la labor de los fisioterapeutas en la gestión del dolor crónico como parte integral del equipo interdisciplinar, teniendo una labor clave dentro del sistema de salud público¹⁴. El modelo propuesto en las UAAD, además de ser coste-efectivo y sin efectos secundarios, podría replicarse en otros sistemas de salud dentro del marco de España, contribuyendo de manera significativa a la sostenibilidad del sistema sanitario en toda España. El dolor crónico de hombro es un motivo de consulta frecuente en las clínicas de fisioterapia, y puesto que modelo biomédico ha dado lugar a un sobrediagnóstico, sobremedicalización y sobretratamiento en el dolor musculoesquelético y el dolor de hombro^{16,17}, los fisioterapeutas tenemos un papel clave en el cambio de paradigma hacia el afrontamiento activo en el dolor de hombro.

Referencias bibliográficas

1. Lucas, J., Van Doorn, P., Hegedus, E., Lewis, J., & Van Der Windt, D. (2022). A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain. *BMC musculoskeletal disorders*, 23(1), 1073.
2. Croft, P., Pope, D., & Silman, A. (1996). The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care. *Primary Care Rheumatology Society Shoulder Study Group. BMJ: British Medical Journal*, 313(7057), 601.
3. Maxwell, C., Robinson, K., & McCreesh, K. (2021). Understanding shoulder pain: a qualitative evidence synthesis exploring the patient experience. *Physical therapy*, 101(3), pzaa229.
4. Barreto, R. P. G., Braman, J. P., Ludewig, P. M., Ribeiro, L. P., & Camargo, P. R. (2019). Bilateral magnetic resonance imaging findings in individuals with unilateral shoulder pain. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 28(9), 1699-1706.
5. Maestroni, L., Marelli, M., Gritti, M., Civera, F., & Rabey, M. (2020). Is rotator cuff related shoulder pain a multidimensional disorder? An exploratory study. *Scandinavian journal of pain*, 20(2), 297-305.
6. Cook, C. E., Denninger, T., Lewis, J., Diener, I., & Thigpen, C. (2021). Providing value-based care as a physiotherapist. *Archives of physiotherapy*, 11(1), 12.
7. Lewis, J. S., Stokes, E. K., Gojanovic, B., Gellatly, P., Mbada, C., Sharma, S., ... & O'Sullivan, P. (2021). Reframing how we care for people with persistent non-traumatic musculoskeletal pain. *Suggestions for the rehabilitation community. Physiotherapy*, 112, 143-149.
8. Desmeules, F., Roy, J. S., Lafrance, S., Charron, M., Dubé, M. O., Dupuis, F., ... & Michener, L. A. (2025). Rotator Cuff Tendinopathy Diagnosis, Non-surgical Medical Care and Rehabilitation: A Clinical Practice Guideline. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 55(3), 1-94.
9. Lowry, V., Lavigne, P., Zidarov, D., Matifat, E., Cormier, A. A., & Desmeules, F. (2024). A systematic review of clinical practice guidelines on the diagnosis and management of various shoulder disorders. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 105(2), 411-426.
10. Delgado-Gil, J. A., Prado-Robles, E., Muñoz-Alcaraz, M. N., & Seco-Calvo, J. (2025). Effectiveness of Adding a Pain Neuroscience Education Program to a Multimodal Physiotherapy Intervention in Patients with Chronic Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial. *Brain Sciences*, 15(2), 125.
11. Chester, R., Jerosch-Herold, C., Lewis, J., & Shepstone, L. (2018). Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *British journal of sports medicine*, 52(4), 269-275.
12. Martinez-Calderon, J., Meeus, M., Struyf, F., Morales-Asencio, J. M., Gijon-Nogueron, G., & Luque-Suarez, A. (2018). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ open*, 8(4), e020703.
13. Nijs, J., Mostaqim, K., & Oostendorp, R. (2024). Exercise therapy and physical activity in the paradigm shift from a tissue-and disease-based pain management approach towards multimodal lifestyle interventions for chronic pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 28(4), 101101.
14. Montero-Cuadrado, F., Barrero-Santiago, L., & Santos-Bermejo, M. (2025). Pain revolution in the public health system: Active coping strategies for chronic pain unit. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 29(2), 101176.
15. Purcell, K., & Langridge, N. (2025). Redefining the role of physiotherapy in modern healthcare: A shift from pain relief to functional empowerment. *Physiotherapy*, 128.
16. Lewis, J. S., Cook, C. E., Hoffmann, T. C., & O'Sullivan, P. (2020). The elephant in the room: too much medicine in musculoskeletal practice. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 50(1), 1-4.
17. Zadro, J. R., O'Keeffe, M., Ferreira, G. E., Haas, R., Harris, I. A., Buchbinder, R., & Maher, C. G. (2021). Diagnostic labels for rotator cuff disease can increase people's perceived need for shoulder surgery: an online randomized controlled trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 51(8), 401-411.

SALA DE DISECCIÓN

Artículo a examen: ¿vale la pena añadir IMG en el abordaje del dolor crónico?



Javier Bonastre Férez

Colegiado 4508. Doctor
Miembro del Comité Científico de FAD
Coordinador del Grado en Fisioterapia en la
Universidad Europea de Valencia

Graded motor imagery as an adjunct to comprehensive physiotherapy in chronic rotator cuff-related pain: a single blind randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord

¿Y si el cerebro también necesita fisioterapia?

El otro día, mientras revisaba unos casos clínicos con estudiantes de la universidad, surgió una pregunta que, aunque sencilla, nos dejó a todos pensativos: “¿Y si el dolor no estuviera solo en el hombro?”. La pregunta venía a raíz del caso de una paciente con dolor crónico del manguito rotador, que tras meses de tratamiento convencional, apenas había mejorado. Su resonancia mostraba una tendinopatía moderada, pero su dolor era intenso, incapacitante, y sobre todo, persistente. ¿Qué nos estábamos perdiendo?

En ese momento recordé un artículo que había leído recientemente, publicado en BMC Musculoskeletal Disorders (2025), que abordaba precisamente esta cuestión desde una perspectiva poco habitual en fisioterapia musculoesquelética: la del cerebro. El estudio, liderado por Seda

Sirlan y su equipo, evaluaba el efecto de añadir imaginación motora graduada (IMG) a un programa de fisioterapia convencional en pacientes con dolor crónico relacionado con el manguito rotador. Y lo hacía con un diseño robusto, bien estructurado y con una batería de variables que no dejaba títere con cabeza.

¿Qué se propusieron investigar?

El dolor crónico del hombro, y en particular el relacionado con el manguito rotador, es una de las causas más frecuentes de consulta en fisioterapia. Se estima que entre el 50 y el 85% de los casos de dolor de hombro están relacionados con esta estructura, y que hasta un 40% de los pacientes no mejora tras un año de tratamiento. En muchos de estos casos, se sospecha que hay mecanismos de sensibilización central implicados, aunque rara vez se abordan de forma específica.

Aquí es donde entra en juego la IMG, una técnica que busca reorganizar las representaciones corticales del cuerpo mediante tres fases progresivas: reconocimiento de lateralidad, imaginación motora y terapia espejo. Aunque ha demostrado eficacia en síndromes como el dolor regional complejo o el miembro fantasma, su aplicación en patologías musculoesqueléticas como el dolor de hombro crónico es aún incipiente.

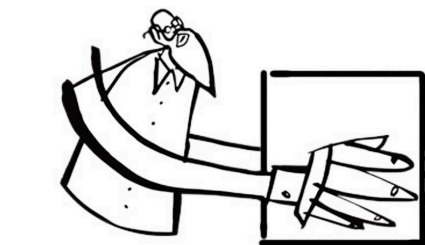


Imagen de Neuro Orthopaedic Institute

Diseño del estudio: rigor y detalle

El ensayo incluyó a 30 pacientes con dolor crónico del manguito rotador (más de 6 meses de evolución, confirmado por resonancia y pruebas clínicas), que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos:

- Grupo CP: fisioterapia convencional, incluyendo terapia manual, ejercicios de fortalecimiento del manguito y la escápula, control motor y crioterapia.

- Grupo CP + IMG: el mismo tratamiento, pero añadiendo las tres fases de IMG, distribuidas a lo largo de las 12 sesiones (2 por semana durante 6 semanas).

Se evaluaron múltiples variables: intensidad del dolor (en reposo, actividad y noche), umbral de dolor a la presión, rango de movimiento, función (SPADI), miedo al movimiento (FABQ), catastrofismo (PCS), sensibilidad central, reconocimiento de lateralidad, habilidades de imaginación motora y satisfacción del paciente.

Entonces, ¿vale la pena añadir IMG?

Ambos grupos mejoraron significativamente en dolor, rango de movimiento, función y miedo al movimiento. Pero el grupo que recibió IMG mostró algunas ventajas interesantes:

- Reducción más rápida del dolor, especialmente nocturno y durante la actividad, desde la segunda semana.

- Mejora significativa del umbral de dolor a la presión, tanto en el deltoides como en la tibial anterior (sí, también evaluaron zonas distales).

- Mejoras en tareas de lateralidad y en la vividez de la imaginación motora, lo que sugiere una reorganización cortical efectiva.

- Mayor satisfacción con el tratamiento: el 60% del grupo CP + IMG lo calificó como "mucho mejor", frente al 20% del grupo control.

Eso sí, no todo fueron fuegos artificiales: no se observaron diferencias significativas en la sensibilidad central ni en la discriminación táctil a dos puntos. Y al final de las 6 semanas, las mejoras funcionales (SPADI) fueron similares en ambos grupos.

Reflexiones desde la camilla (y desde la corteza cerebral)

Este estudio nos deja varias lecciones que merecen ser digeridas con calma:

- El dolor crónico no es solo un problema periférico. La reorganización cortical, la alteración de la imagen corporal y la amplificación central del dolor son fenómenos reales, medibles y, lo más importante, tratables.

- La IMG no es magia, pero tiene lógica. Al trabajar con tareas que activan áreas motoras y sensoriales sin desencadenar dolor, se puede "reeducar" al cerebro para que deje de asociar movimiento con amenaza.

- La satisfacción importa. Aunque los resultados funcionales fueron similares, el grupo con GMI se sintió mejor antes. Y eso, en clínica, puede marcar la diferencia entre adherencia y abandono.

- No es para todos, ni para todo. El estudio tiene limitaciones: muestra pequeña, sin grupo placebo, sin seguimiento a largo plazo y sin distinguir entre pacientes con y sin perfil hipersensible. Además, requiere formación específica y tiempo, dos recursos que no siempre abundan en la práctica clínica.

¿Y ahora qué?

Como fisioterapeutas, este estudio nos invita a ampliar el foco. No se trata de abandonar lo que ya hacemos bien, sino de integrar nuevas herramientas que nos permitan abordar el dolor desde una perspectiva más completa. Así, hay algunas preguntas que quedan abiertas:

¿Deberíamos evaluar sistemáticamente la lateralidad y la imaginación motora en pacientes con dolor crónico?

¿Podemos adaptar la IMG a otros segmentos corporales con resultados similares?

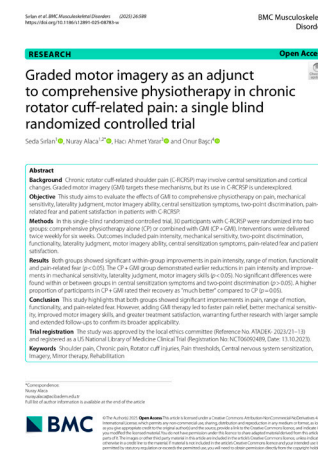
¿Qué perfil de paciente se beneficia más de este enfoque?

¿Estamos preparados, como colectivo, para incorporar técnicas neurocognitivas en nuestra práctica diaria?

Conclusión: el cerebro también necesita fisioterapia

Este estudio no pretende revolucionar la fisioterapia musculoesquelética, pero sí nos recuerda algo fundamental: el dolor es una experiencia compleja, y su tratamiento también debería serlo. La IMG no es una panacea, pero puede ser una herramienta útil, especialmente en fases iniciales del tratamiento, cuando el dolor impide el movimiento y la frustración empieza a hacer mella.

Quizá no podamos ver el cerebro en una ecografía, pero eso no significa que no debamos tratarlo. Y si podemos hacerlo con técnicas sencillas, seguras y basadas en evidencia, ¿por qué no intentarlo?



Sıralan S, Alaca N, Yazar HA, Başçı O. Graded motor imagery as an adjunct to comprehensive physiotherapy in chronic rotator cuff-related pain: a single blind randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2025 Jul 3;26(1):588.

<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-025-08783-w>

VISIÓN PERIFÉRICA

Las comillas del diagnóstico



José A. Polo Traverso

Colegiado de Honor del ICOFCV
PT, DPT, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual
Codirector de *Fisioterapia al Día*

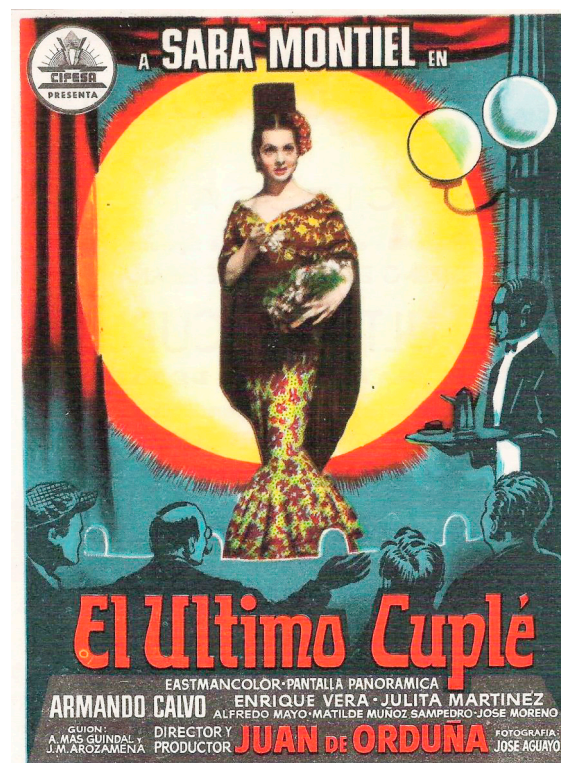
Trataré de no aburrirle con esta diatriba, sufrido lector, pero se me hace necesario compartir con usted el estado actual de cosas porque así, reflexionando un instante, veremos con mayor nitidez dónde estamos y hacia dónde nos encaminamos. Memoria selectiva para recordar lo bueno, prudencia lógica para no arruinar el presente y optimismo desafiante para encarar el futuro en palabras de Isabel Allende.

Los altibajos que la Fisioterapia en el sector público continúa experimentando desde sus inicios son inherentes tal vez a la naturaleza de nuestra profesión; esto es, nos hallamos supeditados profesionalmente al diagnóstico y ulterior derivación del paciente a nuestros servicios por parte de un médico, sean los servicios hospitalarios o ambulatorios. Esta cadena de mando quedó claramente establecida entre médicos y fisioterapeutas desde el nacimiento formal de nuestra profesión a mediados del siglo XX, coincidiendo con la epidemia de poliomielitis que asoló la península ibérica. De la necesidad de atender a las víctimas de aquella epidemia surgiría el germen de los programas formativos que se impartirían a los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) que así lo solicitarían quienes, tras pasar dos años de formación específica, pasarían a ser los primeros fisioterapeutas españoles oficialmente reconocidos, diploma en mano. Corría el año 1957 y los españoles compraban su primer Seat 600, Sara Montiel calentaba las butacas con El Último Cuplé y el Real Madrid ganaba su segunda Copa de Europa. Un año redondo.

Aquellos fisioterapeutas de almorzar rosquilletas bajo la jaula de Rocher, ATS reconvertidos, dependían necesariamente del conocimiento académico y clínico del médico para que estableciese un diagnóstico y una pauta terapéutica que les sirviese de hoja de ruta. ¡Por San Goniómetro de la Capilla Florida, no podía ser de otra forma! Aunque un ATS

servía tanto para un roto como para un descosido, su formación académica en anatomía, patología, farmacología, examen clínico y diagnóstico diferencial distaba mucho de la que ofrecemos hoy a nuestros alumnos universitarios. ¡Ojo, que un ATS del año 57 era capaz de darle sopas con honda a más de un licenciado en medicina cuando llegaba la hora de arremangarse! Pero las aulas y los medios técnicos prestados a los enfermeros que buscaban realizarse más allá de su profesión no tenían nada que ver con las aulas de las facultades de Fisioterapia del siglo XXI, las mismas aulas y los mismos medios de los que nuestros alumnos se quejan a diario porque el wifi es lento. Mucho ha llovido desde que aquellos pioneros movilizaban en tanques de Hubbard o engrasaban bancos de Colson; tanto ha llovido que la mitad de los que lean estas líneas harán una búsqueda rápida de Sara Montiel para saber quien fue y si cantaba reguetón.

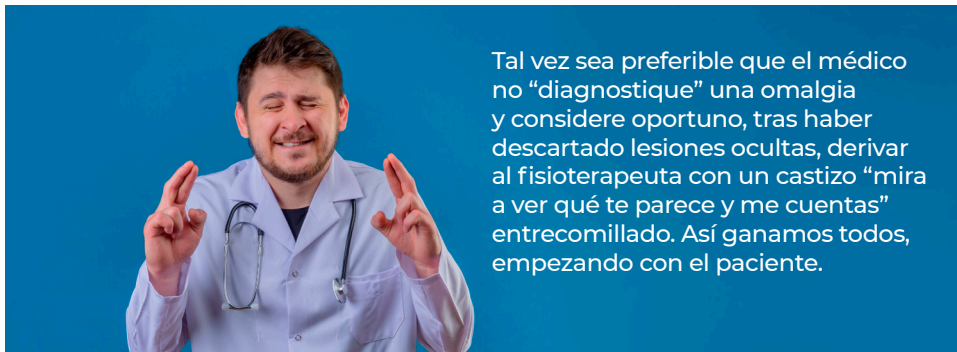
Si Peter Parker fuera 'fisio' de infantería en vez del superhéroe que defiende a los ciudadanos de New York a golpe de telaraña, diría que cuanto más sepas más responsabilidad tienes hacia tu paciente. Lo considero cierto y muy cercano al tema central de este número de FAD en el que varios expertos nos ofrecen su acercamiento personal a un mismo problema. Pregúntese a si mismo lector: ¿cómo deciden esos expertos que el tratamiento que proponen es el adecuado? ¿Por qué no otro acercamiento? Aún más, ¿por qué deciden tratar al paciente de esa forma y no derivarlo a otro servicio? La respuesta a estas preguntas se halla en la Santísima Trinidad de la Fisioterapia: revisión de la historia del paciente, examen clínico y diagnóstico diferencial. Alejarse de ella transforma al fisioterapeuta en mero técnico, en brazo ejecutor de voluntades ajenas sin capacidad de decisión. Esa regresión conceptual, esa asignación al fisioterapeuta de un papel pasivo ancilar que podía defenderse en 1957 resulta inaceptable en 2025. La consecuencia directa de esta evolución profesional supone que los fisioterapeutas aceptamos mayores responsabi-



Un verdadero sex symbol español, una mujer castiza que compartió la pantalla grande con Gary Cooper, Burt Lancaster, Charles Bronson y Vincent Price entre otros. Imagen de FilmAffinity

lidades porque somos universitarios, doctores en muchos casos y llevamos sesenta y ocho años en el tajo: a estas alturas, el diagnóstico es un concepto que manejamos con probada agudeza mal que les pese a nuestros detractores.

Temo que esto es precisamente lo que pretenden nuestros detractores en la institución médica española y sus correveidiles políticos: suprimir la capacidad diagnóstica del fisioterapeuta en España para mantenerle cautivo, supeditado, encadenado a un diagnóstico emitido por el médico tal y como hacen con los CADYF en su bochornosa y malparida prescripción del ejercicio. Quizás por ello es posible observar que esos percheros de fonendoscopio no parecen tener problemas éticos derivando pacientes a profesionales no sanitarios, profesionales que no tienen el diagnóstico entre sus competencias;



Tal vez sea preferible que el médico no “diagnostique” una omalgia y considere oportuno, tras haber descartado lesiones ocultas, derivar al fisioterapeuta con un castizo “mira a ver qué te parece y me cuentas” entrecomillado. Así ganamos todos, empezando con el paciente.

profesionales en suma que no cuestionaran su juicio clínico, permitiéndoles retroceder en el tiempo a una época en la que la Práctica Basada en la Evidencia no existía. En esa época oscura, nociva para la Ciencia y sus defensores, los pollinos de vademécum parecen sentirse muy cómodos.

Es frecuente que el mismo conjunto de médicos que se lleva las manos a la cabeza cuando un fisioterapeuta diagnostica una lesión sea el mismo que emite diagnósticos del tipo omalgia. Son tan frecuentes estos alardes superlativos de hipocresía médica que los fisioterapeutas hemos crecido insensibles a ellos; nadie levanta una ceja ante el aluvión de omalgias, cervicalgias y tendinitis que salen de sus consultas a cascoporro. La cotidianidad de tan evidente sinrazón puede hacer que nos preguntemos si esta pobre habilidad para distinguir entre lesión y síntoma en medicina musculoesquelética no pretende sino camuflar su aparente incapacidad diagnóstica. En un país donde Dimitir es un apellido ruso y Diagnosticar no pasa de verbo intransitivo, el esmero en dictar un diagnóstico certero es rara avis en la sanidad pública pero no por ello menos deseable. Sugiero a los de la bata blanca que emitan estos diagnósticos de Barrio Sésamo entre comillas, acompañados de un emoji de guiño guasón; bastaría entonces leer entre líneas para comprender el verdadero significado de su diagnóstico: de esta forma, “omalgia” vendría a decir “no tengo claro que narices le pasa al hombro, pero mira a ver qué te parece y luego me lo cuentas”. Entrecomillando síntomas para disfrazarlos de diagnósticos seguiría constituyendo una mala praxis clínica pero así, cuanto menos, lo harían a cara descubierta y nos echaríamos, de paso, unas risas.

No quiero finalizar sin reconocer que, muy en el fondo, debemos estar agradecidos por la derivación de una omalgia al fisioterapeuta aunque venga diagnosticada con el rigor científico de Peppa Pig, entre comillas o sin ellas, porque al menos ofrece al fisioterapeuta la oportunidad de examen, revisión y puesta en marcha de un plan de trabajo que implique medidas terapéuticas específicas; ofrece además al paciente la oportunidad de que un profesional sanitario evalúe y trate su lesión con el rigor que merece y ese, querido lector, es el personaje mas importante en todo esta historia: el paciente.

Fisioterapia

Dolor de hombro: ¡Al abordaje!



Jornada
Internacional
de Fisioterapia
del ICOFCV

12 Y 13 DE DICIEMBRE DE 2025
AUDITORIO ADDA DE ALICANTE

La **FISIOTERAPIA**
en el **SIGLO XXI**

El ICOFCV reunirá a fisioterapeutas
expertos en estas 5 áreas:



¡Inscripciones abiertas!

Precios exclusivos y reducidos para
colegiados del ICOFCV

(*) Y para miembros de los Colegios Oficiales de Fisioterapia
que han colaborado con el ICOFCV en apoyo a los
colegiados damnificados por la riada de Valencia

¡Reserva tu plaza ya!



<https://international.colfisiocv.com/>

#JIFisioterapiaICOFCV

Entrevistamos a...

Josep Benítez

decano del ICOFCV y presidente de la
VII Jornada Internacional de Fisioterapia del ICOFCV



Con la mirada puesta en el futuro de la profesión, el decano del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana nos adelanta las claves de la VII Jornada Internacional de Fisioterapia, una edición que marca un punto de inflexión. Por primera vez, el evento abandona el enfoque temático único para dar cabida a varias áreas clave que reflejan la riqueza, diversidad y evolución de la fisioterapia actual. Más allá de la actualización científica, el objetivo es claro: construir comunidad, reforzar la identidad profesional y seguir posicionando a los fisioterapeutas como piezas esenciales del sistema sanitario.

Por primera vez, la Jornada Internacional de Fisioterapia no girará en torno a una única temática, sino que abordará varias áreas clave. ¿A qué se debe este cambio de enfoque?

La fisioterapia del siglo XXI es diversa, compleja y en constante evolución. El abordaje único se quedaba corto para representar la riqueza del ejercicio profesional actual. Por eso, esta edición nace con vocación de **ampliar la mirada**, de mostrar distintas realidades que conviven y enriquecen nuestro día a día como fisioterapeutas. Esta diversidad temática permite que más profesionales se sientan interpelados, reconocidos e incluidos. Debemos mirar aquello que nos une, la recuperación funcional, el movimiento como base para conectar y “curar” el organismo, y los cambios en su concepción social para prevenir muchas de las enfermedades y lesiones de este siglo, a través de un enfoque integral e integrado en el contexto de la persona cambiando el enfoque hacia la salud y no la enfermedad.

¿Cuál es el objetivo principal de esta séptima edición?

Nuestro objetivo es claro: **construir comunidad profesional**. Queremos que la Jornada sea un espacio donde fisioterapeutas de distintos perfiles, trayectorias y generaciones se encuentren, dialoguen y crezcan juntos. Reforzar vínculos, compartir experiencias, debatir sobre hacia dónde va nuestra profesión y cómo podemos liderar ese cambio desde dentro. Y, por supuesto, dar visibilidad al papel imprescindible del fisioterapeuta en el sistema de salud actual.

Cinco temáticas relevantes estarán sobre la mesa. ¿Por qué se han elegido estas en concreto? ¿Qué aportan al día a día del fisioterapeuta?

Porque son temas que están en la práctica diaria de miles de profesionales y que marcan el pulso de la fisioterapia del presente: ecografía,



Esta edición nace con vocación de ampliar la mirada, de mostrar distintas realidades que conviven y enriquecen nuestro día a día como fisioterapeutas.



fisioterapia invasiva, suelo pélvico, manejo del dolor y ejercicio terapéutico. Todas ellas tienen en común una cosa: **se sostienen en la evidencia científica** y en una visión actualizada de nuestra función clínica. Nos permiten intervenir con mayor precisión, eficacia y rigor, además de ofrecernos herramientas concretas para empoderar al paciente y transformar su proceso de salud. Hubiésemos podido añadir muchas herramientas, metodología y áreas más, pero la duración de la Jornada nos limita, y ha sido muy difícil elegir. Esto remarca la buena salud de la Fisioterapia como rama sanitaria y su constante evolución y mejora.

¿Por qué ningún fisioterapeuta debería perderse esta cita?

Porque esta Jornada va mucho más allá de una formación al uso. Es un espacio de encuentro, de intercambio y de reafirmación colectiva. En un momento en el que es más necesario que nunca reforzar nuestra identidad profesional y estar unidos como colectivo, esta cita representa una oportunidad única para sentirnos parte de algo más grande. Y porque el nivel científico, humano y organizativo está a la altura de las grandes citas nacionales. Alicante será el epicentro de la fisioterapia del siglo XXI.

Además, van a haber muchas sorpresas para nuestros fisioterapeutas con competencias digitales que no se pueden perder.

Entre las temáticas destaca el ejercicio físico con fines terapéuticos. ¿Qué significa para ti la Práctica Basada en la Evidencia en el contexto de la fisioterapia en el deporte?

Lo primero que me gustaría es diferenciar ejercicio físico con fines terapéuticos de la Fisioterapia en el Deporte. El primero es una herramienta básica, una de las más evidenciadas sobre sus efectos y dosimetría, y que está presente en todos los centros y unidades de fisioterapia desde hace décadas, si bien ahora las metodologías han cambiado gracias a los avances científicos y conocimiento del funcionamiento del ser humano.

La Fisioterapia del Deporte es un área específica de la Fisioterapia (esperemos algún día ver las especialidades) que la diferencia del resto más por las metodologías utilizadas, la comunicación diferenciada con el paciente y condicionada por sus objetivos y consideraciones, y el nivel de eficiencia solicitado por el deportista donde el tiempo es una variable muy importante, que por las herramientas utilizadas.

Respecto al ejercicio físico es una de las herramientas más evidenciadas en la literatura científica, por sus efectos fisiológicos y recuperadores en un innumerables órganos y sistemas del cuerpo humano, y la investigación sigue ampliando este conocimiento y mejorando la especificidad de nuestras intervenciones.

La Práctica Basada en la Evidencia es la brújula que debe guiar nuestras decisiones clínicas. En fisioterapia deportiva, donde el margen de error es mínimo y las expectativas son altas, aplicar la mejor evidencia disponible es clave para ofrecer una atención segura, eficaz y coherente. Pero también es importante integrarla con la experiencia clínica y con los valores del paciente. **La práctica basada en la evidencia no es solo ciencia, es también escucha, adaptación y sentido común profesional.**



Nuestro objetivo es claro: construir comunidad profesional. Queremos que la Jornada sea un espacio donde fisioterapeutas de distintos perfiles, trayectorias y generaciones se encuentren, dialoguen y crezcan juntos.



La práctica basada en la evidencia no es solo ciencia, es también escucha, adaptación y sentido común profesional.



Cuando el deportista se convierte en paciente, el fisioterapeuta asume un doble rol: preservar su salud y optimizar su rendimiento. ¿Qué desafíos supone esta doble vertiente terapéutica?

Es un equilibrio complejo y apasionante. Requiere tomar decisiones con visión clínica, pero también con conocimiento del entorno deportivo, de los tiempos de competición, de la carga emocional que implica cada lesión. **El desafío está en proteger la integridad del paciente sin dejar de lado sus objetivos como deportista, y en tener la capacidad de dialogar con el equipo técnico, médico y familiar sin perder el criterio profesional propio.** En el deportista aficionado, la clave está en saber modular sus expectativas, no prohibir y ajustar cargas y circunstancias.

El fisioterapeuta en el deporte prescribe ejercicio, al igual que el preparador físico. ¿Dónde está la diferencia entre ambos perfiles?

La diferencia está en el enfoque y en el objetivo. El fisioterapeuta prescribe ejercicio desde una perspectiva terapéutica, con el foco en la recuperación funcional, la prevención de recaídas y la mejora del estado de salud del paciente. El preparador físico, por su parte, trabaja desde la lógica del rendimiento deportivo. Son perfiles que deben complementarse, respetarse y trabajar en sintonía. Cada uno aporta un valor diferencial que, bien coordinado, multiplica los resultados. En el entorno profesional que me he movido, la colaboración y compenetración siempre ha sido máxima, y con ella han llegado los buenos resultados.

¿Puedes adelantarnos algo sobre la parte lúdica oficial del evento?

Por supuesto. Siempre hemos creído que los momentos informales son igual de importantes que los académicos. Este año repetimos con un *afterwork* en un entorno especial con un cóctel y música ambiental que permitan el intercambio profesional, debatir con los propios ponentes y establecer nexos de unión. Pero además incorporaremos momentos más distendidos durante la propia jornada: zonas de encuentro, sorpresas para fomentar la interacción... Será una jornada para aprender, pero también para disfrutar y conectar.

Y para cerrar, ¿algún mensaje final?

En esta ocasión el aforo es limitado, por lo que recomendamos tomar la decisión pronto. Que no se queden fuera. Que vengan con ganas de aprender, de compartir y de construir. Esta Jornada no es solo de los que presentan ponencias o de los que organizan: es de todos los que sienten la fisioterapia como una forma de transformar vidas. Y si es la primera vez que participan, les aseguro que no será la última.



Abordaremos temas que están en la práctica diaria de miles de profesionales y que marcan el pulso de la fisioterapia del presente. Todos se sostienen en la evidencia científica y nos ofrecen herramientas concretas para empoderar al paciente y transformar su proceso de salud.



JIF7 | LOS ESPACIOS

JORNADA

ADDA- Auditorio de la Diputación de Alicante



La Jornada se celebrará en el Auditorio de la Diputación de Alicante (ADDA), uno de los iconos arquitectónicos de la ciudad, tanto los talleres del viernes 12 de diciembre como la jornada científica del sábado 13.

AFTERWORK

OCEAN RACE CLUB



El viernes 12 a las 21:00h, celebraremos el *afterwork* en el Ocean Race Club, un espacio único frente al mar de Alicante. Disfrutaremos de una velada con música en directo, cena tipo cóctel y el mejor plan: compartir buenos momentos con compañeros.

JIF7 | PONENTES

REFERENTES

EN CADA UNA DE LAS ÁREAS



Guillem Gil Mirallés



Cristina Díaz Pose



José Vicente Piris Ballester



Arturo Such Sanz



Jaume Pérez Baixauli



Francisco Javier Ortega Puebla



Luis Gadea Mateos



José Molina Martínez



Francisco Bautista Aguirre



Raúl Ferrer Peña



Mikel Amostegui Arakistain



Gabriel Bastidas Pérez



Jacinto Javier Martínez Payá



Jerónimo Benavent Canet



Enrique Montero Pau



María Torres Lacomba



Pablo Salvador Coloma



Mariano Martín-Macho Martínez



Aser Donado Bermejo



Jordi Reig Mira



David Valenzuela Díaz

JIF⁷ | PATROCINADORES

FERIA COMERCIAL

La séptima edición cuenta con el respaldo de diversas empresas del sector. Todas ellas expondrán las últimas novedades e innovaciones en el espacio polivalente Foyer, situado en la primera planta del ADDA. ¡Aprovecha los descansos y visítalos!



Debes tener a disposición de tus pacientes el modelo oficial de hojas de reclamación. Te contamos cómo obtenerlas para cumplir con la normativa

Hojas de Reclamaciones: una obligación para todas las clínicas de fisioterapia



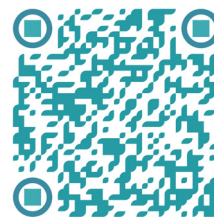
¿Es obligatorio tener hojas oficiales de reclamación en mi clínica/consulta de Fisioterapia? Sí. Según la normativa de consumo vigente en la Comunidad Valenciana, cualquier persona física o jurídica que preste servicios a los consumidores finales, incluyendo fisioterapeutas y centros de fisioterapia, están obligados a tener hojas de reclamación oficiales para facilitarlas a los usuarios que lo soliciten.

Asimismo, el centro está obligado a exhibir al público, de forma perfectamente visible, un cartel informativo con la siguiente leyenda: *"Este establecimiento tiene hojas de reclamaciones a disposición de quienes las soliciten"*.

Para más información sobre este requisito y para saber cómo obtener las hojas de reclamación, consulta el siguiente enlace: [Solicitud de hojas de reclamaciones de consumo por los empresarios y profesionales](#).

[Solicitud de hojas de reclamaciones de consumo por los empresarios y profesionales](#).

También puedes acceder a la información a través del siguiente código QR.



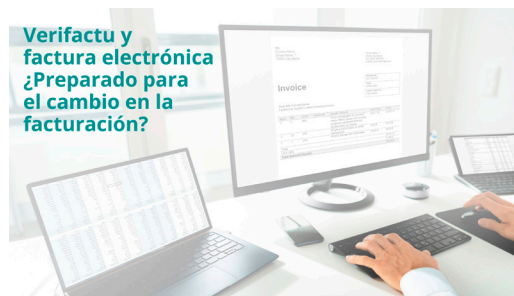
¿Tienes una clínica? ¡Recuerda renovar tu autorización sanitaria cada 5 años!



Te recordamos que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública exige a todos los titulares de centros, servicios y establecimientos sanitarios renovar su autorización sanitaria cada cinco años. Debes comunicar al Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, mediante una declaración responsable, que se mantienen las condiciones por las que se autorizó tu centro. Y si se han producido modificaciones (en las instalaciones, oferta asistencial, etc.) o cierras el centro, debes comunicarlo. Si necesitas ayuda o tienes dudas, escríbenos a través del formulario de contacto de nuestra App.

Sesión formativa para explicar los nuevos cambios en la facturación electrónica

Verifactu y
factura electrónica
¿Preparado para
el cambio en la
facturación?



El próximo 1 de octubre, el ICOFCV celebra una sesión formativa dirigida a todos los colegiados, en la que te explicaremos de forma clara y sencilla cómo te afectan los nuevos cambios en la facturación, qué debes hacer y qué opciones tienes para adaptarte sin complicaciones.



T/MP Especialistas en
fisioterapeutas

¿Quieres llevar tu centro al siguiente nivel?

- ✓ Lleva el **Registro horario** conforme a la **nueva normativa**.
- ✓ Optimiza tu agenda digital **automatizando** las reservas.
- ✓ **Reduce impagos** cobrando directamente in-app.
- ✓ Pon **tu logo** y tu nombre en el móvil de tus clientes.

Reserva ya tu
demo personalizada
y obtén un **-10%**
por ser colegiado

Q **timp.pro**



Ambas entidades se han comprometido a seguir cooperando para fortalecer y defender la profesión de la fisioterapia, con el objetivo final de mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía

El ICOFCV y el sindicato SATSE renuevan su alianza para defender y reforzar la Fisioterapia

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) y el sindicato SATSE han renovado su convenio de colaboración con el objetivo de profundizar en sus relaciones y cooperar mutuamente para favorecer el fortalecimiento y defensa de la profesión de fisioterapia con el fin último de mejorar la atención de la salud en todas las áreas.

El acuerdo ha sido suscrito por el decano del ICOFCV, Josep Benítez, y la secretaria general autonómica del SATSE, María Luz Gascó.



“

Aunque el Colegio no tiene competencias en cuestiones laborales, sí puede establecer alianzas con quienes sí las tienen. Por eso este convenio es tan importante: nos permite contribuir, desde nuestro papel institucional, a la mejora de la situación profesional.

”

Josep Benítez
Decano del ICOFCV



“

Esta alianza representa una oportunidad valiosa para unir esfuerzos en la promoción de mejoras profesionales y formativas para todos los fisioterapeutas, lo que redunda en la defensa de sus derechos e intereses.

”

M^a Luz Gascó
Secretaria Gral. autonómica SATSE



El COFIB dona 3.000 euros para los colegiados damnificados por la riada

El decano del Colegio de Fisioterapeutas de las Islas Baleares, Tomás Alías, entregó al decano del ICOFCV, Josep Benítez, un cheque simbólico como muestra de la solidaridad del colectivo balear con los afectados por la catástrofe, reafirmando así su compromiso con sus compañeros.

Descubre todas las novedades de empleo público en la App ICOFCV



Encuentra toda la información sobre la oferta de empleo público para fisioterapeutas en la Comunidad Valenciana (oposiciones, bolsas de trabajo, nuevas etapas de los procesos...) en la APP colegial: ICOFCV. Ve a la Sección "Colegio", haz clic en "Acceso bolsa de trabajo" y, en la parte superior, selecciona "Empleo público" (necesario estar logueado).

El colegio del ICOFCV defendió el valor que la fisioterapia aporta a los hospitales, más allá del abordaje clínico, situándola como una pieza clave en la gestión y planificación sanitaria

Luis Escudero, único fisioterapeuta ponente en el 24º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Más de 3.000 directivos y profesionales del ámbito sanitario se dieron cita en el 24º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria celebrado en Zaragoza. Una cita en la que la fisioterapia estuvo representada por nuestro colegio Luis Escudero, único fisioterapeuta ponente del encuentro.

Escudero presentó la comunicación oral titulada "Cómo

integrar un departamento de fisioterapia en un organigrama hospitalario generando valor y sinergias asistenciales".

En su intervención no solo reivindicó la presencia del fisioterapeuta en los hospitales, sino que expuso un modelo estructurado de integración dentro del sistema, con impacto real tanto en la calidad asistencial como en la eficiencia del centro.



3 años juntos
ecopostural
mobiliario para la salud



www.ecopostural.com

Jorge Montero, nuevo Doctor en Fisioterapia



La cirugía cardíaca prolonga la supervivencia, pero los protocolos de *fast-track*, como la prehabilitación, reducen las estancias hospitalarias y las complicaciones. Un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario de La Ribera, con 418 pacientes entre 2018 y 2022, evaluó la efectividad de un programa de prehabilitación domiciliaria no supervisada.

El objetivo fue determinar su impacto en las estancias en la UCI y hospitalarias, las complicaciones, la mortalidad y la severidad. Además, se analizó si los efectos variaban según el sexo y se investigaron las comorbilidades y complicaciones a nivel estatal.

Los resultados mostraron que la prehabilitación redujo significativamente la estancia hospitalaria y en la UCI, con un ahorro de 356.107,16 €. Las mujeres tenían estancias más largas y más complicaciones que los hombres. Las comorbilidades más comunes fueron cardiovasculares y endocrinas/metabólicas, y las complicaciones más frecuentes, cardiovasculares y respiratorias.

En conclusión, la prehabilitación domiciliaria no supervisada es efectiva en ambos sexos, reduciendo estancias, costes y complicaciones. El estudio también identificó la prevalencia de comorbilidades y complicaciones y estableció un protocolo de investigación para el hospital.

Jorge Montero Cámara
Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 5345

Tesis "Efectos de un programa de Fisioterapia respiratoria preoperatoria sobre las complicaciones pulmonares posquirúrgicas, la estancia hospitalaria y el coste asociado al procedimiento en pacientes sometidos a cirugía cardíaca"



Jorge Montero leyó su tesis el 20 de junio de 2025 en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. El trabajo ha sido dirigido por M^a Luz Sánchez Sánchez, Francisco José Ferrer Sargues y David Cuesta Peredo. El tribunal, formado por Isabel Martínez Hurtado, Luis Suso Martí y Olalla Bello Rodríguez, le otorgó la calificación de Sobresaliente *Cum Laude*.

Si eres colegiado/a del ICOFCV y lees tu tesis doctoral, ponte en contacto con nosotros y envíanos información.

La biblioteca del ICOFCV cuenta con varios ejemplares a disposición de los colegiados

Nuevo libro de Carlos López Cubas: “Fisioterapia en los síndromes de atrapamiento nervioso: miembro superior”

El fisioterapeuta Carlos López Cubas, experto en neurodinámica y miembro del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), acaba de publicar un nuevo libro: “Fisioterapia en los síndromes de atrapamiento nervioso: miembro superior”. El objetivo, según explica el propio autor, es “crear una obra de apoyo y consulta para el fisioterapeuta clínico”.

“El abordaje de las neuropatías periféricas es un desafío constante, algo que los pacientes nos recuerdan a diario cuando depositan su confianza en nuestras manos. Como profesionales sanitarios, es imprescindible contar con recomendaciones actualizadas, respaldadas por la mejor evidencia científica y clínica disponible”, destaca López Cubas.

El libro recopila información esencial para comprender y tratar adecuadamente los síndromes de atrapamiento nervioso del miembro superior. Está estructurado en dos secciones: la primera aborda los fundamentos anatómicos y fisiopatológicos de estas formas de mononeuropatía, y la segunda se centra en el estudio de los principales síndromes del miembro superior.



Cada capítulo dedicado a un síndrome incluye una introducción anatómica, la descripción de la presentación clínica, técnicas de valoración, diagnóstico diferencial y, desde un enfoque actual y basado en la práctica clínica, una sección específica sobre las opciones terapéuticas desde la fisioterapia.

El Colegio de Fisioterapeutas ha mostrado una vez más su apoyo a López Cubas difundiendo su obra y adquiriendo varios ejemplares para su biblioteca, que están a disposición de los colegiados para su lectura o consulta.

Carlos López Cubas

Carlos López Cubas es fisioterapeuta y uno de los referentes en neurodinámica. Compagina su labor clínica con la docencia como profesor en la Universidad de Valencia y es autor de numerosos artículos y publicaciones especializadas. Con más de 25 años de experiencia, desarrolla su actividad asistencial en el centro OSTEON Fisioterapia (Alaquàs, Valencia), el cual dirige, donde trata a pacientes con dolor neuropático y otras disfunciones del sistema nervioso.

Esta es una de las principales conclusiones del Foro EFE Salud, organizado por ADSCV, que contó con la participación del decano del ICOFCV, Josep Benítez

Expertos sanitarios alertan: es imposible curar una enfermedad con consejos de las redes sociales



Fotografías: EFE/Pep Morell

Pretender curarse de una enfermedad o dolencia siguiendo exclusivamente los consejos sanitarios que circulan por redes sociales o recomendaciones de herramientas como ChatGPT es "sencillamente imposible" y supone una temeridad que puede derivar en un problema de salud pública de primer orden. Esta es una de las principales conclusiones del Foro EFE Salud "**Pseudoterapias en internet**", organizado por la Agencia EFE y la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunitat Valenciana (ADSCV).

El Foro reunió a al presidente de la ADSCV, al presidente del Colegio de Médicos de Alicante (COMA) y al decano del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana (ICOFCV).

Estos expertos también concluyeron que la proliferación de consejos médicos o sanitarios en internet y redes sociales sin ningún control que los avale, o la creciente tendencia a recurrir a herramientas de inteligencia artificial requieren una campaña de información "global" parecida a las dirigidas a reducir

los accidentes de tráfico y el consumo de tabaco para frenar lo que consideran que será uno de los principales problemas de salud en los próximos años.

Pero esta vez para alertar de los riesgos de las pseudoterapias o falsos consejos sanitarios que pueden agravar la enfermedad e incluso conducir a la muerte en un periodo en el que el ciudadano busca la "inmediatez" que parecen ofrecer las redes sociales sin necesidad de salir de casa o consultar a un especialista.



Además, alertaron de los "bulos sanitarios promovidos por influencers que carecen de una mínima formación sanitaria" y subrayaron la importancia de acudir a profesionales titulados y colegiados



En su intervención, el decano del Colegio de Fisioterapeutas, **Josep Benítez**, subrayó la importancia de acudir siempre a profesionales titulados y colegiados. Ante la falta de filtros en redes sociales, señaló que el ciudadano debe buscar siempre "el sello de garantía que otorga un profesional sanitario cualificado".

Asimismo, destacó la necesidad de realizar un diagnóstico personalizado y presencial: "Hay que individualizar al máximo

porque, aunque haya un tratamiento médico estándar, no hay dos cuerpos iguales. El profesional debe adaptar la evidencia científica a cada caso concreto", afirmó el decano del ICOFCV.

El presidente de la ADSCV, **Carlos Fornes**, alertó sobre el crecimiento exponencial de los "bulos sanitarios" promovidos por "influencers o rostros populares que carecen de una mínima formación sanitaria y proponen so-

luciones engañosas" que, en el mejor de los casos, resultan inocuas para el usuario.

Por su parte, el presidente del COMA, **Hermann Schwarz**, recordó que en estos casos "el paciente paga dos veces, primero el dinero que le cuesta el tratamiento en cuestión y después la pérdida de oportunidad" porque o bien "se retrasa el diagnóstico o directamente se abandona un tratamiento (médico) que tiene su eficacia".

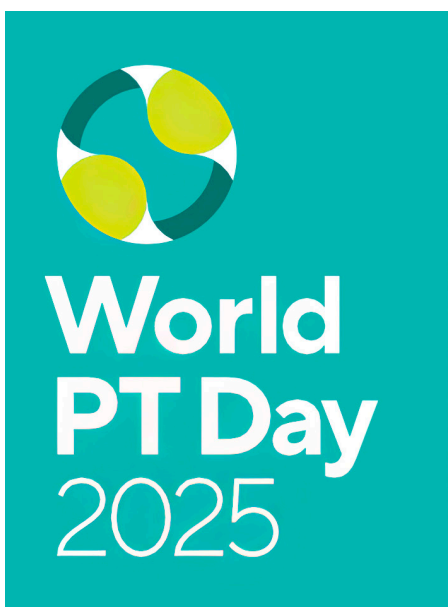


Acércate a tu Colegio y participa

El ICOFCV, siempre a tu lado.

El ICOFCV se ha sumado a la conmemoración del Día Mundial de la Fisioterapia, que se celebra cada 8 de septiembre

Fisioterapia y actividad física para un envejecimiento saludable: claves para prevenir la fragilidad y las caídas



El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana se ha unido un año más a la conmemoración del *Día Mundial de la Fisioterapia*, que se celebra el 8 de septiembre. Este 2025, la campaña impulsada por *World Physiotherapy* ha puesto el foco en un tema de creciente relevancia: *la importancia de la fisioterapia y la actividad física en un envejecimiento saludable*, con especial atención a la prevención de la fragilidad y las caídas.

La campaña ha llamado la atención sobre el acelerado ritmo de envejecimiento de la población

mundial. En 2019 había 1.000 millones de personas mayores de 60 años; se estima que en 2030 serán 1.400 millones y que alcanzarán los 2.100 millones en 2050. Frente a esta realidad, se subraya que "un envejecimiento saludable significa mantenerse activo, conservar los vínculos sociales y seguir participando en actividades significativas".

El mensaje ha sido claro: **envejecer no implica dejar de disfrutar de la vida.**

Adoptar hábitos de vida saludables a lo largo de toda la vida

-como una alimentación equilibrada, ejercicio regular y estimulación cognitiva- permite reducir el riesgo de enfermedades crónicas y mejora el bienestar físico y mental.

Otra idea clara de esta campaña: **nunca es tarde para empezar a moverse.** En este proceso, **los fisioterapeutas tienen un papel esencial.** A través de planes individualizados de ejercicio, asesoramiento y acompañamiento profesional, ayudan a mantener la funcionalidad, mejorar la calidad de vida y preservar la autonomía de las personas mayores.

La campaña ha incidido en que el entrenamiento de fuerza es beneficioso a cualquier edad y debe realizarse siempre bajo la supervisión de un profesional sanitario cualificado. Además, ha resaltado que la **fisioterapia** se convierte en un pilar fundamental **para prevenir las caídas**, ya que mejora el equilibrio, la coordinación, la fuerza y la flexibilidad.

De hecho, desde *World Physiotherapy* destacan que las caídas y las lesiones asociadas al envejecimiento no son inevitables y que mantener una buena condición física y un equilibrio adecuado no solo ayuda a prevenirlas, sino que también reduce considerablemente la gravedad de sus consecuencias. "Promover la actividad física desde la Fisioterapia puede reducir hasta en un 41% la probabilidad de desarrollar fragilidad".

Desde el ICOFCV defendemos la importancia de potenciar un envejecimiento saludable y recordamos que los fisioterapeutas están capacitados para diseñar programas de ejercicio que ayudan a prevenir la pérdida de masa muscular y a mejorar la condición física general. En definitiva, los fisioterapeutas son aliados clave para vivir más y mejor.

Los fisioterapeutas son aliados clave para vivir más y mejor. Para un envejecimiento saludable, consulta a tu fisioterapeuta



ENVEJECIMIENTO SALUDABLE



Las personas mayores deben ser tan físicamente activas como puedan. Ajusta el esfuerzo en función de tu forma física y tu amplitud de movimiento



Hacer algo de actividad física es mejor que nada. Empieza haciendo pequeñas cantidades y aumenta gradualmente con el tiempo



¡Siéntate menos! Estar sentado durante largos periodos de tiempo es perjudicial para la salud, interrumpe y reduce el tiempo que pasas sentado moviéndote con regularidad

Como especialistas en movimiento y ejercicio, los fisioterapeutas pueden ayudarte a mantenerte activo a medida que envejeces.



¿Cuánta actividad física y ejercicio debes hacer?

150-300 minutos

de actividad física aeróbica de intensidad moderada a lo largo de la semana



OR

75-150 minutos

de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa a lo largo de la semana



MÁS

2 días a

la semana realiza actividades de fortalecimiento muscular que impliquen a todos los grupos musculares



Al menos **3 días a**

la semana realiza actividades físicas variadas centradas en el equilibrio y la fuerza, que te ayudarán a alcanzar tus objetivos generales de actividad física.

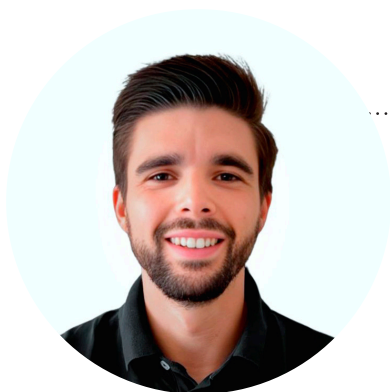
Tu fisioterapeuta podrá aconsejarte el programa de ejercicios más adecuado para ti. Apúntate a clases colectivas centradas en el equilibrio y el estiramiento, como yoga, tai chi y pilates.



World Physiotherapy

NUEVA SECCIÓN DE FAD

Liderazgo positivo



Luis Escudero Soria

Colegiado 4610
Coordinador de Fisioterapia de Ascires
Responsable editorial de la Newsletter
[GMVsanitaria] "Gestión, Marketing y Venta
sanitaria"

Como fisioterapeuta he tenido la suerte de moverme por distintos escenarios profesionales: clínicos, deportivos, docentes y de gestión. Y en todos ellos he ido descubriendo lo que no se enseña en los libros de la carrera... pero que lo condiciona todo. Por eso nace "Lo que la fisioterapia no ve": para reflexionar, para incomodar si hace falta, para poner el foco donde casi nunca lo ponemos.

El nombre de esta sección no es casual. "Lo que el ojo no ve" es un guiño al mítico programa de Movistar Plus que muchos recordarán: aquel espacio que no se centraba en el propio fútbol, no se centraba ni en el gol ni en el penalti, sino en lo que ocurría alrededor. Las miradas al palco, las charlas en el túnel, los gestos en el banquillo. Todo eso que no salía en el plano principal, pero que acababa explicando el partido mucho mejor que la repetición de la jugada.

Con esta sección quiero hacer lo mismo con la fisioterapia. No hablar de la última técnica invasiva, ni del último modelo de diatermia o del nuevo protocolo que ha salido para tratar una rodilla (que sería lo clínico, lo técnico... eso se lo dejo a los expertos), sino de lo que rodea a la fisioterapia y que tantas veces ignoramos: el contexto, las dinámicas, las habilidades invisibles. Todo eso que sin darse cuenta nos condiciona... y define nuestra carrera profesional.



Las competencias transversales son los cimientos invisibles sin los cuales cualquier edificio profesional se tambalea...Nos preparamos durante años para ser excelentes técnicos, pero salimos al mundo con un vacío de no saber cómo gestionar un equipo, cómo negociar una condición laboral, cómo comunicarse con un paciente complejo...



Esta sección nace desde la frustración y la incomodidad. Desde el hecho de haber sentido en primera persona que, en demasiadas ocasiones, no he tenido suficiente con la fisioterapia para afrontar los propios problemas de la fisioterapia. Y ese es el vacío que quiero señalar: el que hay entre lo que sabemos hacer clínicamente... y lo que necesitamos aprender para movernos en un sistema que nos pone a prueba cada día.

Porque cansados, al final del día nos seguimos preguntando: ¿Y si no bastara solo con la fisioterapia?

La nuestra, es una profesión donde la motivación muchas veces se asfixia entre burocracia, sueldos precarios o falta de visión institucional, resulta fácil caer en el desánimo o en la inercia de hacer sin construir. Es justo ahí, en ese terreno gris donde parece que nada cambia, donde cobran todo su sentido esas piezas invisibles que casi nunca miramos: las competencias transversales. Capacidades que no solo nos ayudan a sobrevivir en el sistema, sino que nos dan herramientas

para transformarlo desde dentro, sin perder la esencia de lo que somos.

Las competencias transversales son esas capacidades que no dependen de la técnica, pero que hacen posible que la técnica funcione en el mundo real. Habilidades como la comunicación efectiva, la capacidad de coordinar, de planificar, de liderar, de entender el entorno. Son herramientas que nos permiten ser algo más que buenos clínicos: nos permiten ser profesionales completos, capaces de construir, de aportar, de transformar el contexto donde trabajamos.

Las competencias transversales no son un invento moderno ni un capricho opcional. Son los cimientos invisibles sin los cuales cualquier edificio profesional se tambalea. Y, sin embargo, en fisioterapia, siguen siendo terreno casi inexplorado. Quizá porque nos obligan a salir de lo cómodo, de lo conocido. Quizá porque al mirarlas de frente nos damos cuenta de algo que cuesta aceptar: que lo que nos enseñan y lo que necesitamos para sobrevivir en el mundo real... ya no encaja.

Y esa es, probablemente, una de las grandes paradojas de nuestra formación. Nos preparamos durante años para ser excelentes técnicos, pero salimos al mundo con un vacío que nadie nos enseñó a llenar. El vacío de no saber cómo gestionar un equipo, cómo negociar una condición laboral, cómo comunicarse con un paciente complejo o cómo moverse en un entorno que no espera a que uno aprenda sobre la marcha.

Pasa con demasiada frecuencia. Tomemos un ejemplo (de lo que conozco): un Máster en Fisioterapia Deportiva, diseñado para formar al fisioterapeuta que sueña con trabajar en la élite. Durante meses, se perfecciona la técnica, se afilan los conocimientos, se construye al clínico que sabrá leer cada lesión, cada gesto, cada señal del cuerpo. Pero cuando ese fisioterapeuta cruza la puerta del vestuario por primera vez, nadie le ha enseñado cómo hablar con un deportista que cobra millones, que vive bajo presión, que exige mucho más de lo que da, que casi nunca escucha. Nadie le ha mostrado cómo manejar tiempos, cómo gestionar egos, cómo sostener la relación sin romperla.

Mientras tanto, en otras disciplinas -en el mundo de la gestión, del marketing, de la empresa, de la venta farmacéutica- se dedican horas y horas a eso: a la comunicación, a la negociación, al arte de convertir una relación en un espacio de oportunidad. Y en fisioterapia, todo eso se da por hecho. Como si el día que lo necesitamos, lo sabremos hacer por instinto. Como si con ser buenos clínicos bastara, cuando sin saberlo muchas de las situaciones incómodas que has vivido o vivirás las has superado a través de estas competencias transversales.

El liderazgo

Y hay una competencia transversal que actúa como columna vertebral de todas las demás: el liderazgo.

Piénsalo un momento. Todos hemos vivido, en algún punto de nuestra trayectoria, el impacto



Todos hemos vivido, en algún punto de nuestra trayectoria, el impacto de un mal liderazgo. Un coordinador que ahogaba en lugar de motivar. Un jefe que confundía exigir con humillar. Un responsable que sembraba el miedo en vez de generar confianza.



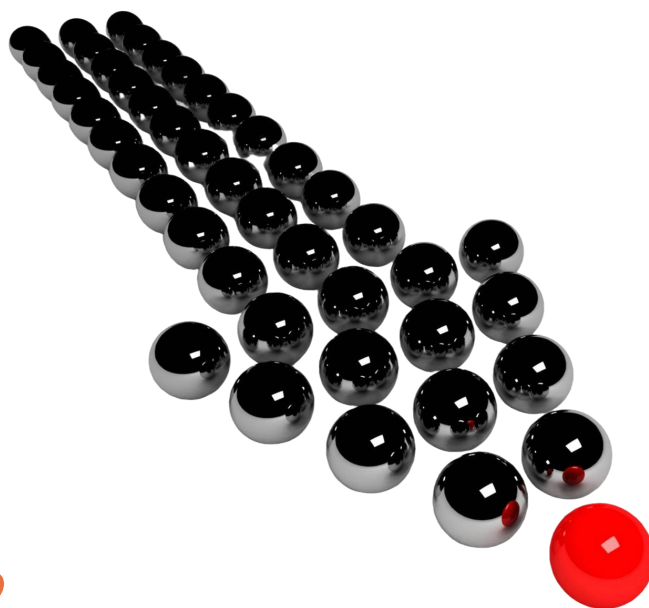
de un mal liderazgo. Un coordinador que ahogaba en lugar de motivar. Un jefe que confundía exigir con humillar. Un responsable que sembraba el miedo en vez de generar confianza. Y sabemos cómo se siente: el trabajo se vuelve gris, las ideas dejan de fluir, el equipo se fragmenta, la vocación se enfría.

Ahora imagina lo contrario. Imagina un entorno donde se lidera sin necesidad de imponerse. Donde se respira respeto y propósito. Donde el equipo no funciona por miedo, sino por implicación. Donde el que coordina no se coloca por encima, sino que sabe estar al lado. Eso es liderazgo positivo. Y eso es lo que tantas veces echamos en falta... sin ponerle nombre.

Este enfoque, desarrollado por el investigador estadounidense Kim Cameron, nace en el entorno de la Universidad de Michigan, dentro de la corriente conocida como *Positive Organizational Scholarship*. Cameron plantea que liderar desde lo positivo no significa ignorar los problemas ni maquillar la realidad, sino centrarse activamente en las fortalezas, valores y relaciones que permiten a un equipo crecer incluso en contextos adversos.



Aplicado al día a día de la fisioterapia, el liderazgo positivo significa algo muy concreto: equipos que no funcionan por obligación, sino por implicación. Coordinadores que no corrigen, sino que contagian. Líderes que no exigen obediencia, sino que facilitan crecimiento.



En su modelo de *Positive Leadership*, Cameron identifica cuatro pilares esenciales:

- La creación de un **clima positivo**, donde la confianza y el propósito compartido sean sostenibles.
- El uso de **comunicación afirmativa**, capaz de reconocer y multiplicar los aciertos.
- El fomento de **relaciones positivas**, que protejan emocionalmente a las personas.
- Y el desarrollo de un **sentido de significado profundo en el trabajo**, que conecte con la vocación.

Dicho así, puede sonar abstracto. Pero aplicado al día a día de la fisioterapia, significa algo muy concreto: equipos que no funcionan por obligación, sino por implicación. Coordinadores que no corrigen, sino que contagian. Líderes que no exigen obediencia, sino que facilitan crecimiento.

¿Y si la fisioterapia necesitara menos gestores y más líderes así? Ya lo dijo Goretti Aranburu en la publicación anterior de la revista, quién es exper-

ta en liderazgo de equipos de trabajo “necesitamos fisioterapeutas gestores que sueñen en grande, abran paso hacia las mesas de decisión...que lidere y generen conciencia de equipo”.

Porque al final, de eso trata “Lo que el ojo no ve”. Pretende ser ese paraguas. Ese lugar donde dar luz a perfiles que muchas veces se sienten invisibles. Perfiles no asistenciales que no están solos, aunque a veces lo parezca. Hoy hemos hablado de liderazgo. En la próxima entrega hablaremos de algo que apenas se nombra y que, sin embargo, condiciona el futuro: el control del dato. De lo que nos estamos perdiendo sin analizar. De los KPI, esos indicadores clave que, si no sabes lo que son, probablemente ya llegas tarde al juego.

Esta sección no nace para dar cátedra, ni para ofrecer verdades absolutas. Nace para incomodar. Para generar preguntas. Para homenajear perfiles diferentes sin ser nombrados, para sembrar el germen de un cambio que, nos guste o no, es imprescindible.

NUEVA SECCIÓN DE FAD

FACT: Fisioterapia, Actualidad, Ciencia y Transferencia



Noemí Valtueña Gimeno

Colegiada 3791. Doctora
Miembro del Comité Científico de FAD
Profesora de Fisioterapia de la Universidad
CEU Cardenal Herrera

La fisioterapia es una ciencia joven en comparación con otras disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud, dado que su origen, tal y como la conocemos hoy, data de finales del siglo XIX. Aunque las técnicas físicas se remontan a épocas como las del Antiguo Egipto y la Antigua Grecia, fue en el siglo XIX, con sus profundas transformaciones sociales, cuando se dio lugar a la definición primigenia de nuestra profesión. La Revolución Industrial y la migración masiva del campo a la ciudad conllevó un cambio cultural hacia la tecnología y la ordenación social en torno a la máquina. Los cuerpos eran un engranaje más en la cadena de producción, sujetos a presiones, repeticiones, giros y resistencia de cada una de sus piezas. Es cuando aparece el "cuerpo-máquina", que se entrena mediante gimnasia, se analiza mediante observación y se altera mediante la galvanización o "batería" para conseguir un mejor rendimiento.

Vista esta perspectiva, es lógico que las escuelas europeas, empezando por la Central Real de Gimnasia fundada en 1813 en Estocolmo, Suecia, tuviesen un enfoque totalmente mecanicista de nuestro trabajo, adaptando nuestra ciencia a las necesidades del momento. Esto que parece tan lógico, es lo que la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad

y Acreditación (ANECA), encargada de evaluar nuestras universidades en varios aspectos, define como transferencia. Es decir, poner los conocimientos generados, verificados y custodiados por las universidades al servicio de las necesidades sociales y contexto cultural de ese momento. Y en los nuevos sistemas de acreditación, este es un apartado que ha tomado gran relevancia en los últimos años.

Cabría preguntarse pues, por qué de repente esa importancia de algo que creíamos obvio. ¿Para qué impartir conocimiento si no es para el beneficio de la sociedad? ¿Acaso, en el caso particular de los grados de Fisioterapia, no hemos sabido mantener ese contacto y servicio con la comunidad que parece que sí hubo en sus inicios? ¿O nos hemos quedado en un sistema anacrónico que sigue viendo el cuerpo humano bajo un prisma mecánico y no nos hemos adaptado a las nuevas percepciones y necesidades de salud de nuestro entorno?

Una vía adecuada para dar respuesta a estas preguntas es analizar si cumplimos ese nuevo baremo propuesto por ANECA, pero bien sabemos que el papel es agradecido y lo aguanta todo, por lo que es plausible poder engañar al sistema, o lo que es peor, autoengañarse pensando que estamos haciendo una transferencia real. Hay otras preguntas más directas y cruciales para poder responder a esta cuestión: ¿salen nuestros alumnos preparados para ejercer con garantías nuestra profesión y dar el servicio que la sociedad les exige? ¿Qué opinión tienen los estudiantes de su paso por la universidad?

Las universidades tenemos el prestigio de ser los centros garantes del conocimiento, y así lo perciben la mayoría de nuestros estudiantes. Pero tristemente también nos hacen saber que nos ven como entidades tremendamente opacas, hiperburocratizadas y poco reactivas a los cambios sociales, cada vez más rápidos y vertiginosos. ¿Cuánto hay de cierto en estos estereotipos, si es que lo son?



Una buena manera de ponerse ante el espejo es hablar francamente con los usuarios de nuestros servicios, nuestro alumnos y egresados. Pero no simplemente para pedirles un cuestionario de satisfacción, sino para poder debatir sus percepciones y necesidades desde el entendimiento y también, por qué no, desde la pedagogía, pudiendo explicar los motivos por los que en ocasiones la universidad hace lo que hace. De este modo, cada vez será más accesible y más de todos los que participamos de ella.

A lo largo de esta sección iremos desgranando impresiones, opiniones y cuestiones de los estudiantes de fisioterapia sobre las universidades, así como de nuestra ciencia y su transferencia. Espero que esta sección ayude a despertar curiosidades, planteamientos, y sobre todo a fomentar pensamientos y acciones informadas en nuestra comunidad universitaria. El debate y la reflexión es lo que hace a nuestras universidades mejores. Como dirían mis alumnos, FACT.

NUEVA SECCIÓN DE FAD

Fisioterapia en APyC: mirar hacia atrás para avanzar



María José Llácer Bosch

Colegiada 3535. Doctora
Coordinadora de la Comisión de Sanidad
Pública del ICOFCV
Fisioterapeuta en el Centro de Salud de
Benifaió

Los fisioterapeutas que trabajamos en la Sanidad Pública estamos de enhorabuena. La dirección de esta revista nos ha brindado la oportunidad de abrir esta nueva sección; una ventana desde la que compartir, visibilizar y reflexionar sobre lo que ya estamos haciendo, y lo que aún queda por hacer, en el primer nivel asistencial.

Para entender hacia dónde vamos, conviene mirar brevemente hacia atrás.

En 1978 se establecieron los principios de la Atención Primaria en la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, 47 años después, cabe preguntarse: ¿dónde está la fisioterapia de APyC?

En la Comunidad Valenciana, la fisioterapia en APyC aún no se ha integrado plenamente. Para entender por qué, es necesario repasar algunos hitos clave.

En 1984, el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud dio forma al nuevo modelo asistencial, definiendo los centros de salud, los Equipos de Atención Primaria (EAP) y las unidades de apoyo. Dos años más tarde, la Ley General de Sanidad (1986) reformó el sistema sanitario, estableciendo dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Fue en 1990 cuando se incorporó la figura del fisioterapeuta en Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, como parte de las Unidades Básicas de Rehabilitación. Apenas 45 fisioterapeutas iniciaron esta andadura bajo un modelo distinto al del resto del país, dado que la Comunidad contaba con las competencias sanitarias transferidas desde 1987 (RD 1612/1987).

La Circular 4/91 del Insalud planteaba un modelo en el que el fisioterapeuta formaba parte del EAP, con autonomía funcional y participación en actividades preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras. Sin embargo, este modelo no llegó a aplicarse en la Comunidad Valenciana.

En su lugar, el Plan Especial de Rehabilitación de 1991 implantó las Unidades Básicas de Rehabilitación como una especie de "sucursal" de los hospitales, con dependencia funcional del servicio de Rehabilitación. Según este enfoque, la intervención del fisioterapeuta dependía exclusivamente del médico rehabilitador.

Con el tiempo, se ha demostrado lo que ya muchos advertían entonces: este modelo limita la capacidad de respuesta, la integración en el equipo de atención primaria y la participación en actividades de prevención y promoción de la salud.

A pesar de estas limitaciones, la fisioterapia ha logrado avances importantes en estas décadas: consolidación docente, crecimiento en la investigación, desarrollo normativo y aparición de estrategias clave como el Marco Estratégico de 2019 para la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad, la Estrategia de Salud Comunitaria de la comunidad Valenciana de 2023-2025, el Plan de Acción de APyC de 2022-2023 y el Plan de Acción de APyC de 2025-2027.

Sin embargo, la transformación del modelo de fisioterapia en APyC sigue pendiente. Y es un cambio necesario, urgente y posible, si buscamos una sanidad más rentable y centrada en el paciente.



El presidente Mazón acaba de anunciar un plan exhaustivo para recortar gastos en todas las Consellerías. Más allá de recortar las autoridades deberían apostar por la eficiencia. Es el momento de abogar por una gestión con sentido estratégico y de presentar propuestas respaldadas por datos que evidencien nuestra eficiencia: en programas de derivación directa, en estrategias de afrontamiento activo del dolor crónico, en programas prequirúrgicos, de fisioterapia cardíaca, en intervenciones con pacientes oncológicos... También en términos económicos, debemos mostrar el valor de nuestra integración en equipos de UCI, neurología y muchas otras especialidades médicas. La lista es larga y demuestra el alcance real de nuestra contribución.

El momento es ahora. Y esta vez necesitamos fisioterapeutas con perfil gestor, a la altura del reto. Profesionales capaces de poner en valor nuestra labor, que impulsen proyectos, que abran caminos para lograr una fisioterapia plenamente integrada en la APyC y una atención más eficaz, cercana y centrada en la persona. Querido lector, ¿estás listo para contribuir a este cambio? Esta sección ha venido para mostrar que sí. Y para construirlo juntos.

Los ámbitos de actuación de los profesionales sanitarios según la LOPS: una visión integral desde la Fisioterapia



Santiago Sevilla Gómez

Asesor jurídico del ICOFCV
Abogado, colegiado del ICAV nº 6220

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) establece un marco legal que reconoce la diversidad de funciones de los profesionales sanitarios. Así, el artículo 4.3 de la Ley 44/2003 establece como principio general que:

"3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias."

Esta ley se constituye en el marco normativo que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias en España. Su principal objetivo es garantizar que la actuación de los profesionales sanitarios se desarrolle con los más altos estándares de calidad, seguridad, ética y responsabilidad. Con el artículo que acabamos de reseñar, la norma quiere resaltar y reconocer que el trabajo de los profesionales sanitarios no se limita al ámbito asistencial, sino que se extiende a otras funciones, no menos esenciales: docencia, gestión e investigación.

Desde la perspectiva de la fisioterapia, que es lo que nos interesa, esta visión integral nos lleva de manera lógica a ampliar el enfoque profesional desarrollando competencias que van más allá de la mera intervención clínica directa. No puede existir una fisioterapia de calidad sin su correlativo en la docencia, en la gestión clínica y en la investigación.

La asistencia clínica es, sin duda, el núcleo de intervención entre los profesionales sanitarios que, en el caso de la fisioterapia implica la atención directa “dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas” (artículo 7.2 b. Ley 44/2003)

Este ámbito abarca un amplio espectro que va desde la atención primaria a la especializada, en entornos hospitalarios, o en clínicas privadas, centros de día, atención domiciliaria, etc., en los que el fisioterapeuta desempeña un papel clave en la integración de equipos multidisciplinares aportando con conocimientos específicos, un valor necesario y esencial en el proceso asistencial del paciente.

El apartado 6 del artículo 4 de la LOPS señala, también, como principio general que “**los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional**”. Esto viene a enlazar con otras de las funciones a desarrollar por los profesionales sanitarios.

La **docencia** se configura así, desde la perspectiva legal, como otro de los pilares en el que se sustenta el ejercicio de una profesión sanitaria, y que puede concretarse en diversos niveles: formación universitaria de grado y posgrado, formación continuada de profesionales en activo o tutorización de estudiantes en prácticas clínicas.

Conviene señalar que, la función docente no se agota en el aula sino que abarca a la creación de recursos educativos, diseño de planes formativos, etc. El fisioterapeuta formador adquiere una relevancia preeminente ante la demanda por la sociedad de profesionales críticos, reflexivos y actualizados que va más allá de una mera actuación técnica de aplicación de conocimientos.

Con esos conocimientos adquiridos, el fisioterapeuta está preparado para asumir otro tipo de funciones en el ámbito de la **gestión sanitaria**, en cuanto a planificación, organización y supervisión de los servicios sanitarios. Los fisioterapeutas son compe-



El fisioterapeuta que atiende a un paciente, ejerce la docencia, investiga y gestiona está haciendo fisioterapia y, por lo tanto, como establece la LOPS debe estar colegiado



tentes para acceder a puestos de coordinación de unidades, supervisión de servicios o dirección de centros. Cuando se hace gestión, también se hace fisioterapia contribuyendo a mejorar los servicios de rehabilitación, así como a visibilizar la importancia de la fisioterapia en el proceso asistencial.

Anudado con lo hasta ahora dicho, la LOPS otorga la misma importancia a la **investigación** como proceso de construcción de evidencias para su aplicación práctica. La incorporación de la investigación a la práctica profesional permite avanzar hacia una fisioterapia basada en la evidencia, donde las decisiones clínicas se fundamentan en datos científicos y no solo en la experiencia.

La LOPS, lejos de centrarse exclusivamente en el aspecto asistencial, promueve un modelo profesional sanitario que enseña, gestiona e investiga contribuyendo a la calidad del sistema sanitario.

Como corolario, conviene destacar que **el fisioterapeuta que atiende a un paciente, ejerce la docencia, investiga y gestiona está haciendo fisioterapia y por lo tanto, como establece el artículo 4.8.a) de la LOPS debe estar colegiado**, teniendo en la Comunidad Valenciana su formulación positiva en el artículo 3. 1 de la Ley 1/2000, de 30 de marzo, de Creación del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana que establece que “*Para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta, en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, es obligatoria la previa incorporación al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana...*”

por José Ángel González



Esta nueva entrega de nuestra gamberra sección de FAD aborda a un personaje (personajillo, más bien) que tiene mucho que decir (o no) de la Fisioterapia, pues no en vano recaen sobre sus escuálidos hombros las mancuernas de los fisioterapeutas que trabajan en un departamento de la sufrida sanidad pública valenciana.

Abordamos por ello a la señora María de la Inutilidad Negrín de los Altos Vuelos, directora de Enfermería del departamento de salud del “Retroceso”.

Pregunta: Muy buenos días, D^a Inutilidad. Intente sernos sincera: ¿Le agrada que le hagamos esta entrevista?

Respuesta: ¡A mí qué me va a agradar, si los “fisios” no paráis de dar por la matraca continuamente! Y ahora pretendiendo haceros pasar por pseudo-periodistas... ¡Anda y que os den!

¡Ah! Pero puedes llamarme “MariNútil”, ya que nos vamos a sincerar.

P: Bueno, señora Inútil (perdón, “semas-capao”, quería decir MariNútil)... No es que vayamos de periodistas por la vida, es que somos fisioterapeutas con afán de divulgar nuestra profesión, de la que al parecer es usted la responsable suprema en su departamento saludable...

R: ¡Qué quieres que te diga, si son “los de arriba” los que me han endosado dirigiros en este insigne departamento sanitario! Yo ya tengo bastante con capear a mis “nurses”.

P: Pues hablando de su departamento, que tiene un nombre de lo más gracioso (no como usted), vamos al grano: dicen las malas lenguas que más que un departamento ha sido por mucho tiempo todo un chiringuito (colocaciones digitales, recortes dotacionales, cargos semipiternos...) ¿Tiene algo que alegar al respecto?

R: Mira, "fisio-listillo", te lo diré con un triplete verbal: NO ME CONTA, como decía siempre el secretario papal en la trilogía medieval de Peridis (a ver si leéis más los "fisios", que estáis siempre de cursillos, congresos o moscosos, pero gastáis pocas letras), y a la Edad Media tendríamos que volver, donde se trabajaba a destajo y sin colegios profesionales ni leches, que solo saben dar por saco a nos, los poderes fácticos.

P: Desde luego que tiene usted el poder, no nos cabe duda, de decidir en gran parte qué pueden o no hacer los fisioterapeutas a su cargo... Por ello le cuestiono: ¿tienen que actuar siempre dócilmente aborregados por los dictámenes bien de usted, bien de los "fisiatras"?

R: yo no lo diría tan soezmente (siempre pensé que la mayoría de los "trenca-muscles" sois así), pero Sí: yo ordeno y mando, y si no, que se encarguen los facultativos (pero los especialistas, ojo, que los de familia son unos "pringaos" como los maestros).

P: Ahora sí que me ha tocado usted el tabique nasal, señora. Si se hubiera leído (porque parece que es usted, M.^a de la Inutilidad, la que lee menos) nuestro último n.º, sobre Atención Primaria, comprendería la relevancia de los médicos de familia (los MAP) y el maravilloso tándem



La entrevista canalla

"fisio-MAP". Eso sí, le compro el mote que nos ha puesto (*trenca-muscles*), que me juego a que ni es suya la ocurrencia.

R: Pues tengo más insultos para vosotros, gracioso: "masajanalgas", "mecánicos de huesos", "tocagoniómetros"... si es que sois un filón, todo el día meneando brazos y piernas ajenos...

P: En fin, ya que menciona lo de los brazos, aprovechando que esta entrega de FAD aborda el hombro doloroso ¿qué le parece la ingente prevalencia de omalgias en las unidades y servicios de Fisioterapia?

R: mira, chaval, a mí no me vaciles en griego, ¿eh?

P: ¡Ay, señor, dame fuerzas para no defenestrar a esta Inutilidad! La omalgia procede etimológicamente del latín no es griego... Y debería usted saber que está clasificada incluso por la CIE...

R: ¡Ya estamos con las dichas siglas! ¿Que os creéis que solo los fisios "sigleáis" todo el santo día, o qué?

P: viendo su entrega y conciliadora actitud (es ironía, por si no lo pillas), vamos a tener que finalizar este bodrio de entrevista, "jefecilla". Permita que la rubrique con este sarcasmo: le auguro un porvenir tan oscuro como su primer apellido...

R: Sí sí, vosotros reíros, "hijos de Putin", pero el poder lo sigo teniendo yo, y much@s como yo, ja ja ja (risa insuperable imitando al doctor Maligno de la película *Austin Powers*).

¿ESTÁ AL DÍA LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE TU CLÍNICA?

Recuerda que **debes renovarla cada 5 años** según la Conselleria de Sanitat



Revisa tu certificado.

Haz el trámite **al menos 1 mes** antes de que caduque



No renovar a tiempo puede suponer la **revocación de la autorización** sanitaria



Consulta la fecha:

- en tu certificado
- en el REGCESS (<https://regcess.mscbs.es>)



¿Necesitas ayuda?

Contacta con el **ICOFCV** desde la App:

<https://app.colfisiocv.com/contactform>

(*) En la pestaña Área, selecciona "Clínicas" y en la de Tema "Apertura nueva clínica / Modificación / Renovación"



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

DESCÁRGATE LA APP DEL ICOFCV



Gestiona todas tus solicitudes y trámites en cualquier momento del día, cualquier día de la semana, directamente desde la palma de tu mano.



**i INSCRIPCIONES
ABIERTAS!**

La **FISIOTERAPIA** en el **SIGLO XXI**

12 y 13 de diciembre de 2025
Auditorio ADDA de Alicante

ECOGRAFÍA

FISIOTERAPIA INVASIVA

SUELO PÉLVICO

EJERCICIO FÍSICO (TERAPIA y SALUD)

DOLOR, SALUD Y FISIOTERAPIA



international.colfisiocv.com

