

Pág. 12 - 25 (Artículos)

- Gestión del Cambio (pág. 12)
- Valoración del Programa de Prevención de la Incontinencia Urinaria en la Mujer (pág. 14 - 15)
- Negligentzia Fisioterapeutikoa (pág. 16 - 17)
- Breves consideraciones sobre el hombro doloroso en el paciente hemipléjico (pág. 18 - 19)
- Harrizulatzailen Gaitza (pág. 20 - 22)
- Implicaciones de la Columna Cervical y de la A.T.M en los síndromes vertiginosos (pág. 23 - 24)

Pág. 7 Noticias

La realización del Curso de Reequilibración Neuromotriz del Raquis acaba con una visión muy positiva desde el punto de vista teórico y, sobre todo, práctico, por parte de los alumnos. **Más información en el interior.**



Pág. 8 - 11

“El C.O.F.P.V. celebró un año más el Día Mundial de la Fisioterapia”

Aunque con menos público que en otras ocasiones, el C.O.F.P.V. volvió a celebrar el 17 de Septiembre el “Día de la Fisioterapia al Servicio del Ciudadano”. El tema elegido fue la “Fisioterapia en Edad Escolar” y las charlas que se impartieron en las tres provincias de la C.A.V. giraron en torno a la “La Prevención de los problemas de espalda en la población infantil” y “La Fisioterapia en la Escuela”. **Más información en páginas interiores**

Editorial

pág. 2

Servicios

pág. 3-4

Cursos

pág. 5-6

Noticias

pág. 7

Día de la Fisioterapia

pág. 8-11

Artículos

pág. 12-25

Asesoría Jurídica

pág. 26

Libros

pág. 27

EDITORIAL

¿Cómo empecé en esto del Colegio? ¿qué por qué me hice colaborador?. Porque una compañera me convenció en un viaje de vuelta tras un curso de Fisioterapia. Desde entonces aquí estoy colaborando con la Fisioterapia, desde el año 1997. Todo en la vida tiene un principio. Para algunos, es fácil de entender; para otros, difícil de hacer. Pero yo no me quedé con la interrogación, decidí ayudar, colaborar en la medida de mis posibilidades. Esta amiga me puso en el camino, camino que sigo andando. Y aquí estoy en el Colegio. En vuestro Colegio. En el de TODOS. Lo que hago en el Colegio es lo que se me pide y puedo; me gusta hacer lo que otros no pueden, o no les apetece. Es muy reconfortante trabajar por tu profesión, por todos tus compañeros, por tu gente. Estoy convencido que es un puesto de mucha responsabilidad, aunque alguno pensará que no merece la pena gastar el tiempo en cosas que no tienen recompensa ni beneficio, pero cuando te das, dando lo que tienes con esfuerzo, interés y ganas, sin pedir nada a cambio, aunque sea poco, se transformará en mucho, y lo mucho a todos agrada. Es gratificante, colaborar con “ese desinterés tan interesado”

El ser colaborador me aporta cosas, aparte de contribuir a mi profesión; una de las más importantes, hacer amigos, conocer gente, experiencias nuevas en primera persona.

Si hemos llegado hasta aquí en nuestro caminar es porque anteriormente hemos querido escuchar y entender, dejándonos modelar un poco, y dando algo que no es nuestro, sino heredado de otros anteriormente, que viven la inquietud del

buen hacer. Cuesta dar el primer paso, pero desde mi joven pero ya larga experiencia en esto, díria yo, os digo: “merece la pena, compañeros”. Así que, ¡ánimo!

Quiero pedir os una vez más vuestra colaboración desinteresada, para poder conseguir entre todos un Colegio que se ajuste a las necesidades de sus colegiados y de su Sociedad, cumpliendo con las expectativas y demandas reales.

Pertenezco al Colegio de Fisioterapeutas y junto con otros colaboradores, voluntarios excepcionales, vamos consiguiendo los objetivos que nos proponemos.

*Iban Arrien Celaya.
Presidente C.O.F.P.V.
Consejero Electivo C.G.C.F.E.*



Nola hasi nintzen Elkargoan lan egiten? Zergatik egin nintzen laguntzailea? Lankide batek Fisioterapia ikastaro batetik gontorrela konbentzitu ninduelako. Momentu horretatik hemen nabil, fisioterapeuten guztien alde lan egiten, 1997 urtetik. Bizitza honetan dena hasiera bat dauka. Batzuentzat, hau ulertzea erreza da, beste batzuentzat, zaila egitea. Baina ni ez nintzen zalantza horrekin geratu, laguntzea erabaki nuen, ahal dudan moduan parte hartzea. Lagun honek bidean jarri ninduen, eta bide hau ibiltzen jarraitzen dut. Eta hementxe nago, Elkargoan. Zuen Elkargoan. GUZTIEN Elkargoan. Elkargoan egiten dudana eskatzen didaten eta ahal dudana da; beste batzuek ezin dutena, edo egiteko gogorik ez dutenen, egitea gustatzen zait. Oso zuzpergarria da zure profesioarengatik, zure lankide guztiengatik, zure jendearengatik, lan egitea. Erantzunbehar handiko postua dela ziur nago, eta batzuk pentsatuko dute ez duela pena merezi denbora galtzea sari eta onurarik ez duten gauzengatik, baina zure laguntza ematen duzunean, daukazuna ahaleginekin emanez, interesa eta gogoz, ezer eskatu barik, gutxi izanez gero, gauza handi batean bihurtutzen da, eta handitasuna guztiei gustatzen zaigu. Zoragarria da, “interés desinteresatu horrekin” lan egitea.

Laguntzailea izatea gauza ugari ekartzen dizkit, nire profesioarengatik lan egitearen gain, lagunak egitea, jendea ezagutzea eta esperientziak bizitzea hauetariko garrantzitsuenak dira.

Gure ibiltzean orain gauden lekurarte heldu bagara, hasieran entzun eta ulertu nahi izan genuelako, modelatu garelako, gurea ez dena emanez, guk beste batzuegandik, gauzak ondo egitea zekiten batzuegandik, hartuz. Lehenengo pausua ematea zaila da, baina nire gazte baina luze esperientziatik esaten dizuet: “lankideak, pena merezi du. Anima zaitzte!”

Berrito ere, interesgabeko kolaborazioa eskatzen dizuet, guztien artean elkargokideen eta gizarte guztiaren beharizanak betetzen duen Elkargoak eraikitzeko, egiazko espektatiba eta demandak osatuz.

Fisioterapeuten Elkargokidea naiz eta beste laguntzaile bereziekin batera, proposatzen ditugun helmugak betetzen ari gara.

*Iban Arrien Celaya
EFEO-ko Presidentea
EFEKO-ko Hautapen Kontseilaria*

o f e r t a s e m p l e o

- Clínica privada **L´Amandier Centro Geriátrico y Oncológico**, precisa **fisioterapeuta**:
 - se recomiendan nociones básicas de francés.
 - **Duración del contrato**: Un año
 - **Lugar de Trabajo**: a 15 minutos de París en la localidad de Chatenay-Malabry
 - **Salario**: 2.100 Euros brutos para un recién diplomado sin experiencia
 - **Horario laboral**: de 8:00 a 17:00 horas
- Persona de contacto: **Filomena Martorell**

Interesados enviar Curriculum Vitae a filomena-ac@mix-mail.com / Tlf. 00-33-1-4601.2505

- Busco **fisioterapeuta**, para trabajar en **clínica en Deusto (Proxima apertura)**
Se valorará conocimientos de reflexología, digitopuntura, osteopatía,...
Horario flexible, compatibilidad con otro empleo
Régimen de autónomo
telefono de contacto: 647 670 646 (Naiara)

C O M P R A - V E N T A - C O M P R A - V E N T A

Colegiado número 192 vende material:

- 1 Camilla de dos cuerpos, abatible, con orificio y papel camilla: 150 €
- Mesa y buc: 90 €
- Plato Boëler: 50 €
- 4 sillas: 30 €
- Mancuernas con soporte, 3 gomas elásticas y pesos lastrados: 75 €
- Cesta/papelera: 5 €
- Caja de luz/letrero luminoso (Fisioterapia): 200 €
- Placa PVC: 70 €
- Cortinas para 3 biombos: 80 €
- MYO MAX Cefar4: 450 €
- Rollo: 25 €
- Bastidor poleo: 120 €
- Camilla de poleoterapia: 280 €
- Calentador fango+parafango+mesa:420 €
- Infrarrojos: 120 €
- 2 Manetas autopasivos: 42 €
- 4 Sacos y skalp: 48 €
- 2 Sayre y Barbuquejo: 45 €
- 2 Cinchas: 48 €
- 2 Tablillas para suspensionterapia: 3 €
- 4 poleas: 18 €
- 4 Cold packs: 30 €
- Balón: 20 €
- Colchoneta: 63 €
- Espejo viselado: 72 €
- Caja caudal: 7 €
- Taburete: 4 €
- Biombo: 74 €

TODO EL MATERIAL EN MUY BUEN ESTADO, COMO NUEVO. DTOS. Entre el 30% y el 60%

*Para más información ponerse en contacto con David Jorge Martínez:
646-638782 (de 17 h. a 20 h.)*

C O M P R A

Compraría de Segunda mano:

- Máquina de ultrasonidos e interferenciales
- Taburete Giratorio

Tlfn. 946 764 899 (Dejar mensaje)

CARNÉ DE COLEGIADO

Una vez más recordar a los colegiados que a partir del mes de Enero se va a proceder al envío de la siguiente remesa de carnés para los nuevos colegiados.

Este carné únicamente es válido para los fisioterapeutas dados de alta. Los colegiados que dispongan del mismo tendrán la obligación de devolverlo al Colegio en caso de darse de baja.

Para los ya colegiados que no contáis con este documento deciros que faltan todavía vuestras FOTOS para llevar a cabo la impresión de los carnés. .



Desde el Colegio queremos impulsar el uso de nuestra **página web** como medio de información rápido y eficaz para nuestros colegiados. Por ello, continuamente se actualizan los contenidos de la misma. A continuación, pasamos a explicar su funcionamiento para encontrar todo aquello que os resulte interesante.

En primer lugar, destacar que toda la información de nuestra página está disponible tanto en **castellano** como en **euskera**, opción que se ofrece al iniciarse la animación de entrada a la web.

Existen unos **enlaces permanentes** en toda la página: Segurmec (Agencia de Seguros), Axon (Editorial Sanitaria), Diario Médico (Revista Sanitaria Nacional) y el acceso on-line a la biblioteca colegial.

Se ofrece la posibilidad de tramitar la solicitud de colegiación a través del botón "**Solicitud de colegiación**" / "**Elkargoan izena emateko eskabidea**".

El colegiado puede estar en continuo contacto con el Colegio mediante la opción de envío de **correo electrónico** que se ofrece en toda las secciones de la web.

En la página principal se encuentran diferentes secciones a las cuales el usuario puede acceder. Dentro de la sección de **formación / prestakuntza** se incluyen los cursos, jornadas, seminarios, etc. que el Colegio organiza o aquellos que resulten especialmente interesantes a pesar de no estar organizados por el propio Colegio. En la sección de **noticias / albisteak** se quiere informar de todas las novedades que puedan afectar al colegiado o a la Fisioterapia en general, desde eventos que organiza el Colegio hasta ofertas de empleo, becas, etc. Desde el botón "**Bolsa de Empleo**" / "**Lan Poltsa**" el colegiado puede acceder a un formulario para solicitar de este modo su incorporación en la Bolsa de Trabajo del Colegio. En la sección de **enlaces / estekak** se muestran las direcciones de asociaciones, instituciones o empresas que puedan resultar interesantes para el usuario de nuestra web. Asimismo, todos los números de nuestro **Elkarberri** están disponibles para cualquier consulta deseada.

Al acceder a la **Información Institucional / Erakunde Informazioa**, se muestran los Estatutos y el Código Deontológico del Colegio, el organigrama de los miembros que forman la Junta de Gobierno (**Comisiones**), así como la información, tanto publicada en el **BOPV** como en el **BOE**, que pueda resultar de especial interés para los profesionales (**Boletines Oficiales**).

En la sección **Servicios Colegiales / Elkargo Zerbitzuak** se incluyen todos los servicios que el colegiado cuenta desde el momento en el que se produce su alta en el Colegio, esta sección se renueva cada vez que un servicio varía o en el momento en el cual se añade uno nuevo.

En la sección "**Información Pública**" / "**Informazio Publikoa**" el usuario podrá conocer todas las Escuelas Universitarias de Fisioterapia existentes en España, tanto públicas como privadas, así como la dirección y el número de teléfono de las mismas.

Desde el botón "**Intrusismo**" / "**Intrusismoa**" se da al colegiado la posibilidad de poner coto al desenfrenado intrusismo que afecta a la profesión, deberá rellenar un formulario con una serie de datos básicos a fin de que el Colegio intente reducir esta situación indeseable.

CURSOS ORGANIZADOS POR EL COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DEL PAÍS VASCO

INCONTINENCIA URINARIA (Introducción a la prevención y tratamiento de la IU)

El COFPV tiene previsto realizar este curso de incontinencia urinaria dado el gran interés mostrado por parte de los colegiados sobre este tema. La idea del Colegio es la de impartir el curso en colaboración con la U.P.V. con el objetivo ya conocido por todos de ir creando lazos con la Universidad. Esta relación es imprescindible para que la implantación de la carrera en nuestra comunidad sea posible.

Lugar: la E.U. de Enfermería de Leioa.

Duración: 40 horas

Fechas: 11 - 13 de febrero de 2005 / 25 - 27 de febrero de 2005 (viernes, sábados y domingos)

Responsable del curso: Belén Ubierna fisioterapeuta del Servicio Vasco de Salud Osakidetza con gran experiencia tanto en el tratamiento como en la realización de cursos en este campo.

Aforo máximo: 20 personas

Requisitos: Diplomados en Fisioterapia

Precio: 350 € colegiados / 400 € no colegiados

Preinscripción: Plazo de preinscripción: hasta el 24 de Diciembre

Mediante primer ingreso de 50 € en la cuenta del Colegio:

Caja Laboral: 3035-0070-16-0700042412 (el siguiente ingreso se realizará en otro número de cuenta que se indicará más adelante)

Enviando al Colegio la fotocopia del comprobante bancario y los datos personales del alumno

Programa:

- Anatomía tracto urinario inferior
- Fisiología de la micción: ciclo continencia-micción
- Anatomía de la estática pélvica
- Tratamiento médico-quirúrgico de la IU.
- Epidemiología
- Fisiopatología IUE/IUU
- Función del suelo pélvico
- Factores de continencia
- Embarazo, parto y post-parto en la IU
- IU y estreñimiento
- Fisioterapia en la IU
- Anamnesis y medidas terapéuticas
- Terapias manuales
- Terapias instrumentales
- Exploración y evaluación SP

Nota: Todos estos datos están sujetos a posibles modificaciones. Se informará de ello más concretamente en un mailing que se enviará a los colegiados próximamente

INCONTINENCIA URINARIA

BIOÉTICA EN FISIOTERAPIA

Dilemas éticos de la práctica diaria de la Fisioterapia

Programa

- Tema 1: Bioética y Derecho en Fisioterapia
- Tema 2: Bioética de la relación clínica: planteamiento. Derechos y deberes de los pacientes y del personal sanitario
- Tema 3: El consentimiento informado
- Tema 4: La confidencialidad, con especial referencia a la gestión automática de datos
- Tema 5: La objeción de conciencia y la gestión de demandas de tratamiento inadecuado

Duración: 20 horas.

Profesora: Leire Escajedo San Epifanio

Profesora de Derecho de la Universidad del País Vasco / EHU

Investigadora de la Cátedra Interuniversitaria Fundación BBVA – Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano (Universidad de Deusto / UPV-EHU)

Precio: 150 €

Requisitos: Diplomados en Fisioterapia

Fechas y Horario: Las fechas de realización del mismo así como el horario están sin concretar por el momento.

Preinscripción: Plazo de preinscripción: hasta el 24 de Diciembre

Mediante ingreso de 150 € en la cuenta del Colegio:

Caja Laboral: 3035-0070-16-0700042412

Enviando al Colegio la fotocopia del comprobante bancario y los datos personales del alumno

FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA

Debido al éxito que tuvo este curso de Fisioterapia en Pediatría, el año pasado, volvemos a organizarlo para el 2005, en caso de que vuelva a interesar.

Fechas: Pendiente de confirmación

Duración: 64 horas

Viernes tarde, Sábado mañana y tarde y Domingo mañana

Lugar: Universidad Pública del País Vasco- Leioa (por confirmar)

Profesorado:

M. Lourdes Macías Merlo
Joaquín Fagoaga Mata
M. Carmen Matey

Precio: 450€ fisioterapeutas colegiados / 500 € no colegiados

Inscripción:

Los interesados deberán enviar sus datos al Colegio (e-mail, fax o correo ordinario) con el fin de poder realizar una primera aproximación del número de personas interesadas.

BIOÉTICA EN FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA

MASTER, ESPECIALISTA Y EXPERTO UNIVERSITARIO EUROPEO EN DISCAPACIDADES

Formación y perfeccionamiento en la búsqueda de soluciones para las necesidades y problemática de las personas con discapacidad

- *Master Universitario Europeo en discapacidades*

Duración: dos cursos académicos
660 horas lectivas / 66 créditos

- *Especialista Universitario Europeo en discapacidades*

Duración: un curso académico
330 horas / 33 créditos

- *Experto Universitario Europeo en discapacidades*

Duración: un curso académico
220 horas lectivas / 22 créditos

Plazo de matrícula: desde el 1 de Octubre al 2 de Noviembre

Comienzo del curso: 15 de Diciembre
Interesados llamar a **FUNDACIÓN UNIVERSIDAD EMPRESA**: 91-5489872 / 91-5489860 / www.fue.es / pgonzalez.cursos@fue.es

Actividades formativas organizadas en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

CURSOS

CURSOS ORGANIZADOS POR EL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA

- *Evaluación Neuropsicológica*

Fechas: 19, 20, 26 y 27 de noviembre
Nº horas: 24

- *Psicodiagnóstico DSM IV-CIE 10*

Fechas: 15, 17, 22, 24 y 29 de noviembre
Nº horas: 20

- *Trastornos de personalidad. Diagnóstico y tratamiento*

Fechas: 12, 13, 26 y 27 de noviembre
Nº horas: 24

- *Creatividad*

Fechas: 16, 18, 23 y 25 noviembre
Nº horas: 16

- *Formación de Teletutores*

Fechas: inicio al pagar la matrícula
Nº horas: 40

Para más información llamar al COPB:
94-4795270 / 94-4795271

PUBLICIDAD

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA EL 2004 - 2005

- **Curso de Cadenas Musculares de Leopold Busquet en San Sebastián**

(1er seminario en Febrero 2005)

- **Iniciación al método Feldenkrais en Vitoria**

(7,8 y 9 de Enero)

- **Curso de Stretching Global Activo**

impartido por el Dr. Aitor Loroño en San Sebastián (10,11,12 y 13 Febrero 2005)

- **Curso de introducción a la Fisioterapia Cardio-respiratoria**

impartido por Michael Lamotte (4,5 y 6 Marzo - lugar por confirmar)

- **Curso de Fibrólisis Diacutánea, "Método K. Ekman"**

impartido por Jean Bumotte. En Cantabria (Fechas por confirmar)

INFORMACIÓN

Organización de Eventos Fisioterápicos

Teléfono: 647 042 204

e-mail: odefis@hotmail.com

CURSO DEL RAQUIS

Los días 3-4, 24-25 de septiembre y 15-16 de octubre el C.O.F.P.V celebró el curso de reequilibrio neuromotriz del raquis en el hospital de Amara de San Sebastián. Dicho curso fue impartido por el profesor de la escuela de fisioterapia de la Gimbernat, Ricard Montané.

Dividido en tres fines de semana, el curso hace un repaso sobre la valoración y tratamiento de los distintos desequilibrios funcionales del raquis.

Estos desequilibrios serían los causantes de las distintas alteraciones y posteriores patologías funcionales de la columna.

La experiencia de Montané, basada en trabajos desarrollados principalmente por Sohier y Buskets, mantiene un concepto de trabajo sensiblemente diferenciado al método tradicional.

El trabajo se lleva a cabo con cadenas musculares y de movilizaciones vertebrales poco agresivas, dentro de los límites fisiológicos de movimiento y en máxima relajación (contrario a la manipulación vertebral en máxima tensión). Se intenta, primero, desbloquear las zonas con rigidez y sin movimiento. Después actuar sobre la musculatura refleja de la columna (no voluntaria), que es la encargada de provocar el movimiento intervertebral. Y, posteriormente hacer un trabajo conjunto de la musculatura voluntaria implicada en esa zona de la espalda que mantenga la corrección buscada.

La valoración del curso por parte de los asistentes ha sido muy positiva, desde el punto de vista teórico. Pero quizá lo más interesante, para los alumnos, haya sido el contenido práctico por la calidad y experiencia del docente.



Ricard Montané con el grupo de alumnos asistentes al curso



Los alumnos llevando a cabo los ejercicios prácticos

• Consejo de Sanidad del País Vasco

El día 23 de Septiembre de 2.004 se ha celebrado reunión conjunta de diferentes corporaciones profesionales sanitarias encaminada a la mejora de representatividad del citado Consejo que aglutina a los sectores sanitarios de la CAPV y colabora en la elaboración y seguimiento del Plan de Salud de Euskadi (actualmente vigente para el periodo 2.002-2.010). Dicho acto tuvo lugar en la sede colegial del colectivo profesional de Opticos-optometristas y participaron el Colegio Oficial de Podólogos del País Vasco, el Colegio de Opticos-Optometristas y el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

PUBLICIDAD



Hurtado de Amézaga, 50
48008 - Bilbao

Tel: 944 439 966/62
Fax: 944 218 440

- Centro de ayudas técnicas
- Artículos de rehabilitación
- Ortopedia Técnica
 - Geriatría
 - Mobiliario Clínico
 - Especialistas en sedestación

Establecimiento concertado, con Osakidetza para la dispensación de especialidades orto-protésicas

El pasado día 17 de Septiembre se celebró el día mundial de la fisioterapia. Para conmemorar dicha fecha el Colegio de Fisioterapeutas del País Vasco, un año más organizó, unas charlas en las tres provincias de nuestra Comunidad Autónoma dirigidas a toda la sociedad. El tema principal fue "La Fisioterapia en Edad Escolar" y las conferencias giraron en torno a "La prevención de los problemas de espalda en la población infantil" y "La Fisioterapia en la Escuela".



BILBAO (Caja Laboral)

Día de la Fisioterapia al Servicio del Ciudadano

En Bilbao las ponencias corrieron a cargo de **Fernando Lázaro** ("Fisioterapia en la Escuela") y **Roberto Junquera** (Prevención de los problemas de espalda en la población infantil). Dos especialistas que intentaron acercar su experiencia profesional a la gente congregada en el Salón de Actos de la Caja Laboral, que se interesó y preguntó en el debate y turno de preguntas final.

Este año el número de asistentes al acto, sin embargo, fue bastante más reducido que en otras ocasiones, quizás porque el

lugar de reunión no era el adecuado, quizás porque el tema era poco interesante. Desde el Colegio se creyó desde el principio en la importancia de hablar de la Fisioterapia en la Escuela. Por este motivo, se pusieron a trabajar para organizar estas charlas y para que la celebración de este Día estuviera, al menos por unas horas, en boca de todos, gracias al trabajo, también, con los medios de comunicación de las tres provincias.

VITORIA - GASTEIZ (Hosp. Santiago Apóstol)

Día de la Fisioterapia al Servicio del Ciudadano

Aunque el Día Mundial de la Fisioterapia se celebró el pasado 8 de septiembre, como éste año queríamos hablar de la Fisioterapia en la Edad Escolar la celebración de dicho día se retrasó en el País Vasco hasta el pasado 17 de septiembre, una vez comenzado el curso escolar. Es éste un día muy importante para la Fisioterapia y para los Fisioterapeutas que se celebró en Bilbao, San Sebastián y Vitoria de la misma forma, una jornada de puertas abiertas para todos los ciudadanos.

Para celebrar esta jornada desde el Colegio se propuso el tema de la Fisioterapia en la Edad Escolar porque el fisioterapeuta tiene un trabajo importante a realizar a esta edad en prevención y en tratamiento. Como prevención se trató el tema de los Problemas de espalda en la población infantil y como tratamiento el que se está realizando en Educación especial. Para hablar de ello estuvieron nuestros compañeros **Gaizka Amorrortu** y **Carmen Espejo** respectivamente.

No acudió mucha gente, compañeros de los ponentes y unas cinco personas, madres todas ellas, en total una veintena de personas. Fue una lástima pues las ponencias estuvieron muy interesantes, breves y concisas, donde pudimos comprobar los trabajos que se están realizando. Luego hubo algunas intervenciones dando lugar a un coloquio dinámico e interesante por parte de todos los asistentes. Hubo un par de preguntas, que me hicieron reflexionar de cómo está la fisioterapia en el País Vasco y del trabajo que nos queda por hacer. Una pregunta fue porque no se está haciendo este trabajo de prevención, ya que como dice el dicho "mejor prevenir que curar". Se dieron varias respuestas, pero básicamente todas coincidieron en que no es rentable, al no ser rentable no hay una planificación por parte de las instituciones para que se realice este trabajo. Y también una madre nos planteó el caso de su hija con escoliosis que nunca la ha visto un fisioterapeuta ni tampoco nadie le ha dicho que "existíamos" y el trabajo que realizamos en éste campo, entre otros.

Tenemos que seguir trabajando, y es este un trabajo de todos los

fisioterapeutas que amamos nuestra profesión, y tendremos que seguir celebrando muchos más Días de la Fisioterapia para que se nos conozca la labor, la gran labor que estamos realizando y que nuestro trabajo es igual de interesante e importante al de cualquier otro profesional de la sanidad. A las pocas madres que acudieron les pedí que ellas también fueran partícipes del Día de la fisioterapia dando a conocer nuestra labor a familiares, amigos, profesores, pediatras, traumatólogos...y que reclamen a las instituciones que nuestra profesión les atienda tanto en el campo de la prevención como del tratamiento, en el primero porque no exis-



te ningún tipo de atención al usuario y en el segundo porque todos los servicios de fisioterapia están colapsados teniendo como resultado una fisioterapia de poca calidad.

Os animo para que sigamos trabajando, aunque sea un trabajo de hormiguitas, para que nuestra profesión sea conocida a pie de calle, por otros profesionales de la sanidad, profesores..., y que crezca el interés por conocernos y que podamos hablar el próximo año o de aquí unos años de que el Día de la Fisioterapia ha sido todo un éxito de asistencia.

Marta Moliné
Miembro del C.O.F.P.V



SAN SEBASTIÁN (Okendo Kultur Etxea)

Día de la Fisioterapia al Servicio del Ciudadano

Las charlas de San Sebastián se celebraron en la casa de cultura de Okendo y fueron a cargo de las fisioterapeutas Irene Unzueta y Edurne Ugarte.

Irene Unzueta habló sobre los problemas de espalda en los niños y destacó que son 3 los factores que básicamente los producen: Sedentarismo, stress y mala alimentación. Para prevenirlo destacó que son importantes las campañas de observación que se realizan a nivel escolar, realizar más ejercicio físico y como no, cuidar la alimentación.

Edurne Ugarte expuso cual es el papel que juega el fisioterapeuta en las unidades especiales que se han creado a nivel de los colegios para tratar a niños con discapacidades físicas o psíquicas. Destacó que todavía hay zonas de la CAV en las que hace falta crear nuevas unidades para atender a los niños.

El público asistente demostró interés por los temas que se trataron y prueba de ello fueron las preguntas y debate que se creó al finalizar ambas conferencias.

*Haritza Cristóbal
Miembro del C.O.F.P.V*

PROBLEMAS DE ESPALDA EN LA POBLACIÓN INFANTIL. PREVENCIÓN

Los problemas de espalda han sido y siguen siendo una de las principales causas de consulta en la población adulta, pero cada vez con más frecuencia se observa que aparecen dichos problemas a edades más tempranas.

Buena parte de esta patología de espalda tiene su inicio en la etapa infantil o juvenil y en muchas ocasiones sin provocar ningún síntoma alarmante, con el agravante de que el problema pueda empeorar rápida e irreversiblemente, sobre todo en la etapa de crecimiento rápido (preadolescencia).

En cualquier caso, la percepción que tenemos los fisioterapeutas y también la población en general, es que cada día hay más problemas de espalda y que estos afectan a poblaciones más jóvenes. Ante esta situación se nos plantean varios interrogantes: **¿Qué factores causales están detrás de este aumento en las afecciones de espalda?, ¿no es cierto que en esta sociedad actual las labores físicas pesadas cada vez son menos frecuentes, incluida en la etapa infantil?**, en tal caso cabe pensar que debe haber factores causales nuevos que se han ido desarrollando en las últimas décadas y que por tanto no existían en la sociedad por ejemplo de principios de siglo.

Con la sensación de que seguramente nos quedemos cortos, podemos citar al menos tres factores que han incidido en los últimos años y que probablemente van a seguir incidiendo en el origen de muchos problemas de espalda:

El primero es el **sedentarismo excesivo** que se apodera de esta sociedad, incluida la población infantil. Como ejemplo podemos citar el horario de los niños en etapa escolar que se ve prolongado con clases extraescolares, transportes en autobús, horas de estancia delante de la tele, ordenador..., todo en posición sentada, reduciéndose toda actividad física, en el mejor de los casos, a la clase de gimnasia más un deporte extraescolar. Basta una simple comparación, una persona a principios de siglo recorría de media al día una distancia de 20 Kms.

Como consecuencia de esta actividad física incompleta, la distribución de curvaturas de la columna durante el crecimiento se ve alterada, produciéndose una descompensación en el desarrollo de los diferentes grupos musculares, sembrando de esta forma futuros y potenciales problemas de espalda.

Un segundo factor es el **stress** inherente a toda sociedad moderna y que trasladamos con toda naturalidad a las poblaciones infantiles, siendo en cualquier caso más susceptibles los niños más introvertidos, excesivamente responsables...

Sin entrar en detalles técnicos, si hay que destacar que el stress, la tensión emocional, se somatiza, es decir, se expresa de una forma muy concreta y peculiar en diferentes zonas de nuestra espalda.



Día de la Fisioterapia al Servicio del Ciudadano



Un tercer factor, muchas veces desconocido pero cada vez más frecuente, es la **alteración en la forma de alimentación**. Por poner un ejemplo práctico podríamos citar que cada vez es más frecuente el tratamiento de pacientes jóvenes con lumbalgias y lumbociáticas cuyo origen está en un funcionamiento alterado a nivel digestivo (reflejos alterados entre el colon y las últimas vértebras lumbares), esta alteración en la funcionalidad intestinal está producida por una alimentación descompensada, exceso de dulces, harinas refinadas, bollería, exceso de proteínas...

Roberto Junquera
Miembro del C.O.F.P.V.

LA FISIOTERAPIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Este es un campo profesional de la fisioterapia poco conocido y que presenta unas características singulares, bastante diferenciadas del ejercicio sanitario-asistencial, con el que normalmente nos relacionáis a los fisioterapeutas. Pero estas diferencias no se refieren a las técnicas que empleamos (de fisioterapia pediátrica, fundamentalmente neurológica), sino a que nos desenvolvemos en un marco totalmente distinto al sanitario – **LA ESCUELA** - en el que cambian el entorno, los pacientes, los compañeros, las relaciones, la estructura jerárquica y hasta el léxico que empleamos.

Desde hace ya bastantes años, nuestro sistema educativo lleva a cabo una política de integración y acoge en los centros escolares a alumnos con diversa problemática, entre los que hay niños con problemas físicos, sensoriales, psíquicos, etc. Pero para que este objetivo pueda ser viable, se necesitan medios, especialistas que sepan cómo responder a las necesidades que plantean esos alumnos, para que su escolarización sea lo más provechosa posible. Y al final, obtener como resultado individuos más autónomos. Por lo tanto, la razón por la que unos pocos fisioterapeutas trabajamos en las escuelas es ayudar a la integración de alumnos con déficit motor, es decir, niños con serias dificultades para moverse e interactuar con su entorno.

Entonces, **¿qué hacemos en las escuelas?** Atendemos a alumnos con necesidades educativas especiales (**NEE**), es decir, *“las de aquellos alumnos que requieran en un periodo de escolarización, o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas por padecer discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales...”* Nosotros por lo tanto, ayudamos a niños y niñas con discapacidad física en las tres etapas de su escolarización - infantil, primaria y secundaria - para apoyar en su integración, y lo hacemos en el propio centro escolar al que acude cada alumno, ya que se *“facilitará a los alumnos con NEEs derivadas de una discapacidad motora y parálisis cerebral los medios técnicos y humanos pertinentes para favorecer el acceso al currículo ordinario”*.

El ejemplo de alumno-tipo con quien trabajamos sería el de un paralítico cerebral con un grado de afectación desde leve hasta medio-alto. Pero el abanico de casos es muy amplio, y abarca a niños con traumatismos craneoencefálicos, espina bífida, artrogriposis, enfermedades neuromusculares y otros síndromes de origen genético que cursan con un déficit motor. Estas afecciones le suponen al niño una dificultad permanente o prolongada para poder cursar sus estudios, y el esfuerzo del fisioterapeuta está encaminado a minimizar, en lo posible, la incidencia de esos problemas físicos en lo escolar. Cabe señalar que el fisioterapeuta escolar no está para aplicar tratamientos a niños con lesiones puntuales, como por ejemplo un esguince o una fractura; de estos problemas se encargarían los profesionales de Osakidetza.

“Las principales funciones a desarrollar por el fisioterapeuta serán las de colaborar con el tutor en la valoración, desarrollo y seguimiento de las posibilidades físicas del alumnado con discapacidad motora, con la finalidad de facilitar el acceso y el desarrollo del currículo. Además de los aspectos estrictamente motrices deberá tener en cuenta la mejora de la autonomía funcional.”

“Con técnicas de fisioterapia se trata de conseguir el máximo desarrollo de las capacidades físicas del alumno, actuando no sólo sobre lo alterado sino desarrollando aquellas habilidades y destrezas que le permitan una mejor integración escolar.”

“Su coordinación con los demás profesionales debe ser muy estrecha y dirigida a proporcionar orientaciones acerca de las pautas posturales más indicadas en las actividades escolares, maneras de mejorar el control postural del niño, la deambulación, uso de prótesis y ortesis, colaborar en las adaptaciones del material, etc.”

Es decir, **el fisioterapeuta de Educación es un profesional para ayudar a que el alumno pueda aprovechar al máximo sus capacidades físicas en el propósito de conseguir unos objetivos académicos lo más próximos al del resto de sus compañeros no discapacitados**. Y como este objetivo escolar es común, para el profesorado y otros profesionales, debemos trabajar en equipo con ellos.

Los fisioterapeutas suelen depender de los **Berritzegunes (Servicios de Apoyo a la Educación)**, que son centros de recursos -hay 18 en nuestra comunidad- que acogen a distintos profesionales del ámbito educativo y psicopedagógico, cuya misión es asesorar a los centros escolares de su zona. Estos fisioterapeutas son itinerantes, es decir, se desplazan a aquellos centros de su zona de referencia en los que haya alumnado con discapacidad motora que los necesite.

También encontramos unos pocos compañeros destinados en Centros Públicos donde se concentran bastantes alumnos de educación especial con discapacidad motora.

Asimismo, hay zonas de nuestra comunidad que todavía no cuentan con ningún fisioterapeuta para apoyar al alumnado con este tipo de necesidades.

En la actualidad hay unos 25 fisioterapeutas trabajando en Educación.

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL FISIOTERAPEUTA DENTRO DEL CENTRO ESCOLAR

Detección y valoración de los alumnos que pudieran precisar nuestra intervención. La identificación de estos alumnos corresponde al equipo de asesores de NEE, que si detectan la necesidad de nuestra intervención, nos proporcionarán los datos acerca del mismo, para que nosotros le valoremos, previa autorización de la familia.

Intervención. Como las necesidades de la zona o del centro que atendemos suelen desbordar el tiempo de que disponemos, debemos aplicar unos criterios preestablecidos para determinar el grado de prioridad de cada caso, entre los que se encuentran: El origen de la alteración, el grado de afectación, la edad, y si reciben atención pública de fisioterapia por otras vías.

Nuestra intervención con los alumnos es de dos tipos: Con los más prioritarios se realiza una **atención directa**, esto es, mediante sesiones regulares que debemos planificar en cuanto al número, duración, horario de las mismas, etc. Y además, trazamos el plan de trabajo que vamos a aplicar a cada alumno, concretando las necesidades, objetivos, actividades, etc.

Con los menos prioritarios, llevamos a cabo una **atención indirecta**, que consiste en un seguimiento y un asesoramiento mediante unas pautas dirigidas al entorno escolar y a la familia.

“El trabajo individualizado con el alumnado se realizará en el horario escolar y en el centro donde cada alumno se encuentra escolarizado. Para ello, los centros a los que el fisioterapeuta acuda deberán adecuar un espacio y dotar de un mínimo de material para poder realizar una labor en condiciones.” Aunque en la práctica, acudimos a algunos centros en los que apenas disponemos de una colchoneta y poco más.

Coordinación. Nuestra labor con el alumno forma parte de un apoyo encaminado a ayudarle a alcanzar objetivos curriculares en su formación, de ahí la importancia que tiene una adecuada coordinación para compartir la información necesaria con los profesores y con la familia sobre cómo facilitar aspectos como su tono muscular, las posturas y el movimiento, con el propósito de que nuestros efectos no se limiten sólo a lo que dura la sesión de fisioterapia, sino que repercuta en su bienestar global.

Es frecuente que con estos alumnos intervengan diferentes profesionales externos al sistema educativo, sobre todo médicos, de modo que es necesario establecer contactos para estar al corriente de nuevos datos que vayan surgiendo, así como para intercambiar opiniones.

Por último, los fisioterapeutas de Educación también mantenemos sesiones de coordinación, es decir, reuniones entre nosotros con el fin de unificar criterios de actuación y plasmarlos en documentos que nos ayuden en nuestro trabajo.

Evaluación. La evaluación es una parte fundamental de nuestro trabajo, que aplicamos no sólo a los resultados obtenidos, sino también al propio proceso. Esta tarea se realiza mediante la recogida de datos inicial, durante y al final del curso. La evaluación inicial implica definir las necesidades que presenta el alumno y especificar la respuesta que se le va a dar. A final del curso, se realiza un informe de cada alumno en el que consta su evolución, la situación final y las orientaciones y previsiones de cara al curso siguiente.

Además, elaboramos una memoria global que refleja todo el trabajo realizado en la zona durante el curso, para evaluarlo y plantear modificaciones para el siguiente.

Organización del trabajo. La atención directa con los alumnos es la actividad que ocupa la mayor parte de nuestra jornada de trabajo. Pero debemos incluir en el horario espacios para la recogida de datos, redactar informes, reuniones de coordinación y de formación, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

Documento *“La fisioterapia y la terapia ocupacional en el sistema educativo”* Departamento de Educación. Gobierno Vasco 1999.

GESTIÓN DEL CAMBIO

Con este artículo, pretendo hacer un conjunto de reflexiones y alguna aportación sobre cuáles deben ser las guías de pensamiento para los próximos años y cómo afrontar los nuevos problemas estratégicos del posible escenario de la Fisioterapia en un entorno complejo, turbulento, competitivo e incierto.

Los Colegios Profesionales trabajan para un bien común; realizan unas funciones de gestoría-formación, la gestión es encomendada a una Junta de Gobierno, que de una manera altruista y voluntaria, lleva las riendas lo mejor posible. Estando próxima la instauración de la Licenciatura en Fisioterapia, no por voluntad de los gobernantes de este país, sino por imperativo de la Declaración de Bolonia; estando inmersos en un entorno de características marcadamente conservadoras.

Debemos preparar el terreno para asumir los retos y conflictos que a buen seguro se nos van a plantear. El momento es clave, y no valen reacciones a toro pasado. La Fisioterapia debe adaptarse a los cambios y a las nuevas oportunidades derivadas del mismo; jugar al ataque y huir del conformismo de antaño.

El modelo colegial actual no puede garantizar afrontar un entorno tan complicado, lleno de amenazas e impactos negativos con el sistema actual de gestión.

Hay razones de peso que justifican la necesidad de ir profesionalizando paulatinamente ciertos cargos, para tratar temas tan delicados como: marco competencial del Licenciado en Fisioterapia, sistema de convalidación de título, atención primaria en Fisioterapia, una de las cenicientas de nuestra sanidad, regulación de las medicinas no convencionales, terapias manuales, especialidades, universidad, federaciones deportivas, entidades aseguradoras, diputaciones, consejerías de sanidad y educación, etc.

Los dirigentes van a ejercer un papel clave entre los profesionales del sector y los agentes frontera o personas influyentes de fuera manteniendo contactos de enlace, actuando como cabezas visibles, portavoces, negociadores, relaciones públicas, invirtiendo tiempo y esfuerzo en

todas las actividades de representación que sean necesarias. Publicitarse y promocionarse en proyectos que no impliquen un gasto desmesurado, mejorar la identificación por la población como profesional de garantía y prestigio. ¡Somos parte de la industria de la salud y el bienestar, vendemos atención, conocimientos y tranquilidad!. Somos un profesional insuficientemente aprovechado.

Académicamente la Fisioterapia ya se encuentra a nivel europeo, nos queda lo más complicado: conseguir el estatus que nos corresponde con un alto grado de auto-concepto, huyendo definitivamente de políticas serviles a ciertos estamentos que tanto nos han perjudicado.

Es pertinente y necesario aportar más recursos económicos y humanos, profesionalizando la gestión para afrontar los próximos años con garantías. Las corporaciones se han de dirigir estratégicamente desde el día a día diferenciando lo esencial y decisivo de lo cotidiano. Hay que dinamizarlas y flexibilizarlas, intuir el futuro y la manera de encararlo.

No se puede dejar que los procesos sigan su curso y confiar que la suerte nos sonría. Se necesita una gestión eficaz, rápida y en las mejores condiciones posibles. Se corre el peligro de llevar la profesión a puntos críticos y peligrosos, por no haber sabido o podido actuar con diligencia y oportunidad. Sin olvidarnos que el ciudadano y sus necesidades son lo más importante, comprometiéndonos a luchar por una atención eficaz, integral, rápida y de calidad.

Jon Herrero Erquiñigo

Vicepresidente del C.O.F.P.V y Vocal I del C.G.C



Gestión del Cambio

atm 
avances en tecnología y medicina, s.a.

www.atm-sa.com
telf. 902.180.690

Edición Limitada

TRIOPLUS
discovery

“ La Camilla ”

Precio de tarifa

~~2.450~~ €

Precio

Discovery

1.850 €

IVA NO incluido

TRIOPLUS discovery

- Camilla de tres planos
- Cuadro de mandos periférico
- Color azul “ocean”
- Suministro: hasta agotar existencias inmediato



estabilidad



calidad



diseño



ergonomía

gymna[®]
for total support
www.gymna-uniphy.com

VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

LLEVADO A CABO DESDE EL SERVICIO DE SALUD Y CONSUMO DEL AYUNTAMIENTO DE BILBAO

Introducción al programa

Como informábamos en nuestro Boletín nº 3, desde el Servicio de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, encuadrado en las actividades para la promoción de salud, este año se ha iniciado un programa sobre la Incontinencia Urinaria. Este programa está compuesto por unas charlas informativas y un estudio estadístico sobre la incidencia del problema.

- Los objetivos de este programa son **informar** a la población participante de la importancia de las pérdidas de orina, **enseñarles** algunos métodos de prevención y ejercicios específicos para la musculatura pélvica y **conocer** mediante una encuesta, realizada a las mujeres de la muestra, algunos datos acerca de esta disfunción.
- Estas exposiciones se han impartido en los centros municipales de distrito y hogares de mayores de diferentes zonas de Bilbao con una asistencia aproximada de **2.000 personas**, de las cuales el 85% son mujeres. La edad media de la muestra utilizada es de **70 años**. Dicha muestra ha sido tomada de la población que participaba en grupos de ejercicio dirigido.
- Se empezó con la preparación de las exposiciones el **1 de noviembre** para dar comienzo al ciclo de ponencias el día 17 del mismo mes. Con la organización adecuada se han ido impartiendo las charlas en los centros antes mencionados, hasta el día **11 de febrero** de 2.004, día de la última exposición.
- Las charlas, de aproximadamente una hora de duración, constaban de la explicación de los **tipos de incontinencia, factores de riesgo** de cada uno de los tipos, **anatomía y fisiología** del sistema urinario, posibles **tratamientos** farmacológicos, quirúrgicos o fisioterápicos y la **demonstración de los ejercicios** para suelo pélvico. Al término de las exposiciones a las mujeres se les hacía entrega de un **cuestionario** para que una vez rellenado, de manera anónima, lo devolvieran a su monitor/a.

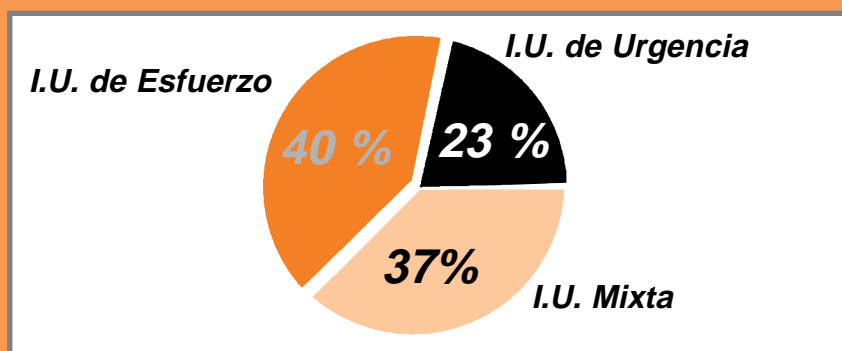


Conclusiones

Muchas de las mujeres consideran muy normal que a partir de cierta edad y después de haber pasado por múltiples partos se presenten síntomas de incontinencia urinaria. Esta ignorancia generalizada es consecuencia de la falta de información y la escasez de programas de prevención. Es muy importante que las personas afectadas sepan que el envejecimiento no conlleva una pérdida de la continencia urinaria. Gracias a la prevención se puede evitar la incontinencia y si ya se padece hay muchas medidas que suelen solucionar el problema o al menos reducirlo de manera que la calidad de vida mejora notablemente.

Un **tercio** de las mujeres encuestadas consideran **normal tener pérdidas**. Muchas lo justifican con la frase: “con la edad que tengo es normal” o “con tantos hijos que he tenido y con la edad es normal que eso no funcione”.

Un **40%** de la muestra estudiada presenta sintomatología de I.U. de esfuerzo, por lo contrario, un **23%** presenta síntomas de Incontinencia de Urgencia. El **37%** restante explica sintomatología mixta, tanto de incontinencia de esfuerzo como de urgencia.



Analizando los datos sobre la sensación que tiene cada mujer, podemos sacar la conclusión de que **la gran mayoría** de las mujeres **opinan que es poca la cantidad de orina que pierden**, sea cual sea la cantidad objetivamente medida. Lo cual significa que asumen su problema pero no le dan mucha importancia.

Hay un importante **5% de la muestra** que, aún admitiendo tener alguna pérdida, su valoración subjetiva es “nada”. Este dato demuestra que una parte de nuestra sociedad tiene **tan asumido que la incontinencia va ligada al envejecimiento** que **ni siquiera lo consideran una molestia**. Para evitar estas creencias, es importante que se lleven a cabo **programas informativos** y, al mismo tiempo, **de prevención y promoción de la salud**.

Este proyecto ha sido bien recibido entre las personas que han tenido la oportunidad de acudir a las charlas y muchas de ellas opinan que se deberían llevar a cabo, más a menudo, este tipo de programas de prevención.

Negligentzia fisioterapeutikoa

Bai, irakurle, hala da. Gure kolektiboa denok gaude gauza baten ados: intrusismoaren aurka borrokatu behar gara, gure lan esparrua guretzat gorde. Baina fisioterapeuta negligenteak ere ba dira, hitzez intrusoaren aurka baina ekintzaz euren alde jokatzeko dutenak. Gaurkoan beraz intrusismoa alde batera utzi eta gure kideetako batzuei egurra banatzera gatoz. Hidroterapiarekiko gure kolektiboa, eta bainuetxe enpresen jarrera aztertzen saiatuko gara hurrengo lerroetan. Helburua: fisioterapeuta gazteek arlo honetan duten lan potentzial handiaz jabetueraztea.

2003 urteko udazkenean bainuetxe enpresa ezagun bateko zuzendaritza jarri zen gurekin kontaktuan. Hurrengo urtean bainuetxe berri bat zabaldu behar zutela eta, ordurarte ez bezala, harreta berezia jarri nahi zioten bertan lan egingo zutenen profil profesionalari eta, bereziki, arlo terapeutikoan lan egingo zutenei. Horregaitik aditu talde baten bila zeuden, hidroterapiako langileak ikastaro berezi baten bidez trebatzeko.

Jakingo duzue, bainuetxeak -enpresa moduan- explotazio mota bi ohi dituzte etekinak ateratzeko: ostalaritza (hotela, jatetxea) eta hidroterapia. Gaur eguneko balneario gehienetan ordea, ostalaritza arloa arrunt lehenesten da hidroterapiaren kaltetan. Azken hau hoteleko bezeroentzako plazer osagarri bat baino ez da, bertoko langileen kualifikazioa eskasa eta, finean, uraren balio terapeutikoari ateratzen zaion etekina hutsaren hurrengoa.

Guretzako beraz sorpresa atsegina izan zen bainuetxe enpresari hauen deia jasotzea. Beraien esanetan, ordurarte arlo terapeutikoaren kudeaketa ez zuten asko zaindu, ezta hidroterapiaren lanean aritzen zirenen prestakuntza ere, eta ba zan hori konpontzeko garaia. Adostasun puntu majoa lanean hasteko, ¿ezta?

Lehenengo eta behin, haiek pentsatuta zuten programa zirriborroa aurkeztu ziguten. Normala zen bezala, urte luze-etakomunikazioaren ondorioz sortutako kontraesanak eta desadostasunak azaltzen hasi ziren, eta ez ginen eskandalizatu kurtsoari izenburu hau jarri ziotela irakurtzean: "Auxiliar de Terapias Naturales". Berdin estetizistei zuzendutako modulo baten "masaje, reflexología, dlm, reiki, shiatsu, osteopatía" irakastea aurreikusita zutela ikustean.

Izan ere, konturatu ginenez, gaur egun nagusi den konzeptuan bainuetxe baten langileen profilak "txorroak ipintzen duten masajista" tipokoak dira. Fisioterapeutak dauden kasu gutxietan, lesio larriak tratatzen dituzte soilik eta hidroterapia do errelajaziozko terapia manualetan (bainuetxe bateko lanaren %85a) ez dira sartu ere egiten.

Aipatu dezagun "polibalentzia"ren afera. Enpresari hauek beraien esperientzia txar adierazgarri bat azaldu ziguten: behin baino gehiagotan, bainuetxe baten lan konkretu batzuetan arazoak izan zuten pertsonalaren enkasillamendua zala eta. Batek "no, eso es trabajo del auxiliar", besteak "no, eso que lo haga el esteticista", besteak... Horregaitik pertsonal "polibalentzia" prestatzearekin tematuta zeuden. Gure aldetik hortan laguntzeko prest azaldu ginen, beti ere kontuan hartuta ekonomista bat sukaldean aritzeko prestatuko ez genuen bezala, ez zuela zentzurik esteticista bat masajeak egiteko prestatzea, fisioterapeuta bat kontratatzea aukera ba zegoen. Berdin alderantziz.

Euren jarrera positiboa baliatuz, beraiek ekarritako prestakuntza programa horretan zeuden hainbat akats azaldu eta berregin genituen, pertsonalaren titulazioari buruzko hainbat aholku eman eta euren buruan zegoen anabasa (esteticista, masajista, auxiliar, fisio-artearen artean) ordenatu eta bakoitza bere tokian ipiniz (masajisten kasuan, balneariotik kanpo). Prestakuntza programa

berri bat eratu genuen, non ikasleak estetizista eta fisioterapeuta diplomatuak soilik izango ziren, masajistak eta pertsonal auxiliarra alde batera utziz.

Proposatutako antolakuntza mota honetan, ondo bereiztuko genituzkeen bakoitzaren lan arlo espezifikoak, baina era berean profesional mota biak konpartituko zuketean lana erregulatzen saiatuko ginatkeen. Normalean auxiliarrak egiten duten lana fisio eta estetizisten artean banatzea proposatu genien, honela plantilla malgua izateko: lan askoko sasietan denak operatibak, eta lan gutxikoetan lan auxiliarrak konpartitzeko kapazak.

Halan, 300 bat ordutako espezializazio ikastaro bat antolatu genuen. Fisioterapeuten ikasgaiak hidroterapia, osteopatia, introdukzioa, reiki, shiatsu, reflexoterapia izango ziren; esteticistekin dietetikarako introdukzioa, anatomia, fisiologia eta bainuetxeetako estetika tratamenduetan sakonduko genituzkeen; eta gai konkretu batzutan profesional talde biak izango genituzkeen klasean: aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia eta sofrologia. Hamar bat irakasle koordinatzeko lana ez zen makala izan, baina maila haundiko espezializazio kurtsoa antolatzea lortu genuen azkenean.

Lau bat hilaren buruan, dena prest zegoen eta enpresa jasotako kurrikuluma aztertzen hasi zen. Gure aholkuen aurka, 4 estetizista, 4 masajista eta 2 fisioterapeuta aukeratu zituzten gure kurtsoa jasotzeko (gero ikasleentzako %60a kontratatzea konprometzuz). Hurruraz, prozesua eten eta enpresako zuzendaritzarekin bilera bat eskatu genuen. Bertan oso gauza interesgarriak entzun genituen.

Antza denez, fisioterapeuten ordezkariak hartu nahi izatearen arrazoia beraien beste bainuetxeetako esperientzietatik zetorren.

Lanean hasi eta denpora gutxira fisio-terapeutak alde egiten zieten, "denpora guztian masajeak ematen" aritzen zirela, hori "beraien lana ez zela" eta "aspergarria" zela argudiatuz. Harri eta zur geratu ginen. Enpresako nagusien hurrengo pausua logikoa zen: masajeak ematea ez baldin ba zen fisioterapeuten lana, eta masajistak lan hori hartzeko prest bazeuden...

¿Zenbat denpora dihardugu masajea terapia fisiko bat dela aldarrikatzen?? Urterik urte, fisioterapeuten elkarte desberdinok difusio lan nekeza eramaten ari gara gizartean eta beste osasun profesionalen aurrean gure lan eremua intrusismoarengandik defendatzen. Kanpora begira, fisioterapeuta guztiok erakusten dugu adostasuna masaje mota guztiak terapeutikoak direla esatean (errelajaziozkoa barne) eta lan esparru hori guretzat erreibindikatzeko... baina gero eguneroko jardunean "denpora guztian masajeak ematea gure lana ez dela" esaten duen irrespensible batek, urte luzeetako lana

zapuzten du. Ez dauka barkamenik.

Desberdindu egin behar baitugu "fisioterapeutei dagokigun lana" eta "bakoitzari gustatzen zaiguna". Hezkuntza Sistematan integratuta dauden PCI umeak tratatzea, adibidez, lan gogorra da eta fisioterapeuta batzuentzat desatsegina izan daiteke; zilegi da, denok baitugu espezialitate batzuekiko zaletasun gehiago beste batzuekiko baino. Berdin gertatzen da fisioterapia geriatrikoarekin. Inork ez du dudan jartzeko ordea lan hori fisioterapeuten denik. ¿Zergaitik zalantza hoiak masajearekin ordea? Ez dugu beldurrik izan behar terapia manualak ez ditugula atsegin aitortzeko. Fisioterapiak ba ditu beste arlo asko, manuala besain duintak, eta ez dugu aitzakirik jarri behar ("masajea gure lana ez dela" esatea, adibidez) beste espezialitate bat nahiago badugu.

Esandako moduan, kurtsoa ez izateko zorian izan zen, baina zorionez gure iritzia nagusitu zen (azken finean,

masajistak edo irakasleak aukeratu behar izan zuten) eta arazo gabarik gauzatu ahal izan zen.

¿Zeintzuk dira kasu honetatik atera ditzakegun ikasgaiak?

1. Bainuetxeen pertsonalaren antolaketan (lan planteamendua, baldintzak, langileen antolakuntza) sartu behar dugu, talde direktiboak gureganatuz (gu bertan sartuz edo beraiekin harreman zuzenean jarriz). Besteen aginduetara baldin bagaude beti, ez dezagun espero goitik gure kolektiboarekiko errespeturik.
2. Ez nahastu norbere gustoak eta fisioterapiaren esparruak
3. Intrusoen asuntuan ez okertu: arazoaren atzean gehiago dago gure ezintasuna (onenean) edo neglijentzia (txarrean) beraien "gaiztakeria" baino.

Egindako okerretaz ikasi dezagun, asko daukagu hobetzeko eta.

Oier Gorosabel Larrañaga

Udako Euskal Unibertsitateko Osasun Saileko kidea

PUBLICIDAD



BTL-5000
Únicos equipos modulares del mercado

NOVEDAD

SANRO
ELECTROMEDICINA

Ctra. Húmera, 10 - 28224 Pozuelo de Alarcón - Madrid
Tf.: 913529244 / Fax: 913525744 / www.sanro.com / sanro@sanro.com

ULTRASONIDOS + ELECTROTERAPIA	ULTRASONIDOS
ULTRASONIDOS + LÁSER	ELECTROTERAPIA: 2, 3, 4 Y 6 CANALES
LÁSER + ELECTROTERAPIA	LÁSER
ULTRASONIDOS + LÁSER + ELECTROTERAPIA	

MAGNETOTERAPIA + LÁSER + INFRARROJOS
Sistema específico para tratamiento de:

- * Dolor
- * Inflamación
- * Dolores de espalda
- * Enfermedades articulares
- * Heridas

1.000 e

7% IVA no incluido



BREVES CONSIDERACIONES SOBRE EL HOMBRO DOLOROSO

en el paciente hemipléjico

Uno de los problemas más comunes que pueden afectar al miembro superior en el paciente hemipléjico es el Hombro Doloroso.

Los porcentajes de prevalencia de esta secuela en afectados por Hemiplejia que se recogen en los diferentes estudios consultados oscilan entre el 55-80% (1,2,3) Por otro lado, el Hombro Doloroso provoca una indiscutible interferencia negativa en la recuperación motora del paciente, limitando en gran medida el normal desarrollo del programa rehabilitador.

Si además, tenemos en cuenta la propia molestia física que ocasiona al paciente, la repercusión en su estado de ánimo –al ver mermado o limitado el trabajo fisioterápico-, las numerosas horas de sueño que le resta el dolor, el requerimiento de farmacoterapia y, en definitiva, el descenso en la calidad de vida de éstos pacientes, pondremos más de manifiesto la necesidad de un adecuado abordaje interdisciplinar de esta alteración.



Son muchos los estudios que intentan dilucidar las causas y la etiopatogenia exacta del Hombro Doloroso en el paciente afectado por un Daño Cerebral Adquirido. Algunos autores hacen referencia a factores relacionados con la propia lesión neurológica –extensión, localización,...- (2). Entre otras consideradas nos encontramos: subluxación glenohumeral (4), contractura de estructuras capsulares, alteración en el tono muscular y el síndrome hombro-mano (5)

Sea como fuere, hay un patrón etiopatogénico que se repite con demasiada frecuencia: inadecuado manejo postural inicial del paciente afectado y movilizaciones pasivas incorrectas durante las primeras etapas del proceso.

Detengámonos en estos dos aspectos. Durante la fase inicial o etapa flácida de la Hemiplejia, de duración variable –desde unas pocas horas a días-, acciones como el levantar o sentar a un paciente sin un adecuado control de la extremidad superior, o manipulaciones intempestivas de dicho miembro, desencadenará un estiramiento de la cápsula articular de la glenohumeral y, consecuentemente, la subluxación de ésta. (6)

A medida que se va desarrollando la etapa espástica, no sólo la fuerza de la gravedad tracciona del brazo hacia abajo y hacia fuera de la articulación glenohumeral, sino también la espasticidad de los depresores del húmero, es decir, el subescapular, infraespinoso y redondo menor (P. Davies, 1985) que superará el tono muscular de los “coaptadores” del húmero –el supraespinoso y las fibras posteriores y horizontales del deltoides-. (Basmajian, 1962)



Con mucha frecuencia, la subluxación como tal no provoca dolor al elevar el brazo del paciente de manera pasiva. Eso sí, siempre y cuando la escápula se mantenga móvil y no exista resistencia a la movilización hacia delante y hacia arriba –campaneo externo-; o lo que es lo mismo, no se den restricciones del ritmo escápulo-humeral.

Si por el contrario, la espasticidad y la fijación de la escápula por el romboides y el trapecio, fundamentalmente, impiden la rotación y abducción de ésta, la cavidad glenoidea se mantiene girada hacia abajo en vez de hacia arriba, y al elevar pasivamente el brazo por encima del plano horizontal se produce dolor cuando la cápsula y el supraespinoso (su tendón, que inserta en el troquíter, pasa por debajo de la bóveda que conforman el acromion y la clavícula), son presionados contra el acromion. (7)

A esta subluxación y dolor en el hombro se le asocian a menudo problemas vasomotores y tróficos de la mano. Es lo que se conoce como Síndrome Hombro-Mano o Distrofia Simpático Refleja de la extremidad superior.

La DSR o Algodistrofia es una patología unida a problemas vasomotores que afectan a la microcirculación de una región, resultante de un desajuste en la regulación neurovegetativa simpática. En el paciente hemipléjico, se piensa que este desajuste puede ser debido a la propia lesión neurológica o bien secundaria del mantenimiento prolongado del proceso doloroso.

En un reciente estudio llevado a cabo por la Universidad de Granada en colaboración con la Universidad Federal Rio Grande do Norte (Brasil) (3), se pone de manifiesto que la única variable que realmente puede asociarse a la mayor o menor presencia del hombro doloroso en una persona tras haber sufrido un ACV es la instauración o la falta de un tratamiento rehabilitador especializado precoz. Se evidencia así la importancia de un abordaje adecuado desde la misma fase aguda de la secuela del ACV como medida de prevención eficaz del Hombro Doloroso.

No conocemos mejor tratamiento que el meramente preventivo. Está en nuestras manos intentar evitar un grave problema que afecta, hoy en día, aproximadamente al 60% de nuestros pacientes con Hemiplejia. Eduquemos pues a familiares y profesionales en el correcto manejo postural del paciente hemipléjico desde el primer momento del proceso.

Esto, sin duda, nos permitirá invertir nuestro tiempo y nuestro esfuerzo en diseñar y desarrollar un correcto programa fisioterápico que tendrá como meta final la mejora del funcionamiento y el aumento de la autonomía y calidad de vida de nuestros pacientes.

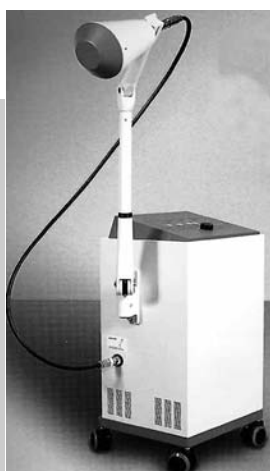
Roberto Romero Soto
Fisioterapeuta. U.D.C. Hospital AITA MENNI
Secretario Gnral. C.O.F.P.V.

- (1) **FAGHRI, Puran D.** et al. "The effects of functional electrical stimulation on shoulder subluxation". *Arqueie Phys Med Rehabil.* V. 75. p. 73-79. 1994
- (2) **CHANTRAINE, Alex,** et al. "Shoulder pain and dysfunction in hemiplejia: effects of functional Electrical stimulation". *Arqueie Phys Med Rehabil.* V. 80.p. 328-331. 1999
- (3) **PEREIRA RDC** y col. "Hombro Doloroso Hemipléjico. Prevalencia y factores asociados con la secuela de accidente cerebrovascular". *Rev. electrónica de Geriátría y Gerontología.* Vol. 5. Num. 1. 2003
- (4) **DURSun E.** et al. "Glenohumeral joint subluxation and reflex sympathetic dystrophy in hemiplejic patients" *Arch Phys Med Rehabil.* 81(7):944-6. 2000
- (5) **VAN LANGENBERGHE, H.V.K.** et al. "Shoulder pain hemiplejia: a literature review" *Physiotherapy Pract.* 4:155-162. 1988
- (6) **JOEL A. DeLisa, B.M. Gaus.** "Rehabilitation Medicine. Principles and Practice". 1998
- (7) **BOBATH Berta.** "Hemiplejia del adulto. Evaluación y tratamiento". 1990

PUBLICIDAD

OFERTAS 4º TRIMESTRE, DESCUENTO 15% (IVA INCLUIDO)

EQUIPO DE MICROONDAS CONTINUA / PULSADA CON APLICADOR CIRCULAR - VARITRON 250 - EP



ANTES 3.255 €
AHORA 2.766 €

EQUIPO DE PRESOTERAPIA ACTIVACIÓN VASCULAR Y MASAJE MUSCULAR - LIMPHA WAVE MINI



ANTES 4.975 €
AHORA 4.228 €



PANTALÓN PRESOTERAPIA 24 CELDAS SOLAPADAS

OFERTA LOTE CONSUMIBLES

- Electrodo Reutilizables 50X50 mm. (40 Unds.)
- Calor – Crema Calor Medio-Fuerte, Tubo 85 gr. (5 Unds.)
- Frío – Spray de Frío – Bote 150 ml. (2 Unds.)
- Frío/Calor- Bolsa de gel Reusable 30X35 cm. Profesional (1 Und.)
- Papel Bicapa para camilla, con marca para corte (6 Rollos)

ANTES 220 €
AHORA 185 €

OFERTA SERVICIO TÉCNICO

Todas las ventas superiores a 150 € incluyen revisión de:

ELECTROTERRAPIA Y MECANOTERRAPIA



HARRIZULATZAILEEN GAITZA

El Colegio dispone de este artículo en castellano para quien lo desee

• ZERTAN DATZA HARRIZULATZAILEEN IHARDUERAK?

Egun, Euskal Herrian kirol moduan ezagutzen duguna, duela 90 urte Bizkaiko meatzari guneetan burdina ateratzen zutenen lana zen.

• HISTORIA

Harrizulatzaillearen lan trenza altzairu formakoa da 10-15 kg. -ko pisua eta 1,8-2,2 metroko luzera duena. Bere aldeetako bat "bokilla" itxurakoa da. Alde hau, meatzetako arrokak zulatzeko erabiltzen zen, bertan dinamita sartu eta harria lehertarazteko. Modu honetan, arroka handiak zati txikietan banatzen ziren.

Inguruko herrietako meatzari taldeen arteko lehiakortasuna taberna eta plaza giroan berrindartzen zen. Urteen joan etorriarekin, laneko iharduena, herri kirol bihurtu zen meatzarien aisialdirako ekintza izatera helduaz. Apurka-apurka, apustulariek ere parte hartzen hasi ziren eta txapelketa hauek indartzat joan ziren herrietako jai egitarauetan agertu arte, bai joan den mendean eta baita mende honen hasieran ere.



• JOKUAREN EZAUGARRIAK

Jokuaren ardatz nagusia ahalik eta azalera lauena duten sakonera jakin bateko zuloak egitea da (10-15cm) 20 edo 30 minutuko apean kare harrizko haitzean.

Txapelketako kideek 1,2 edo 3 laguneko taldeetan parte hartzen dute, harriak botatzen duen hautsa kentzeko ura botako duen botilariaren laguntzarekin. Lehia bukatzean, saioko epaileek erabakiko dute zenbat zulo egin diren eta amaitu gabe gelditu den azkenengoak zenbateko sakonera duen.



• ZULATZAILEEN GAITZAK ETA SENDABIDEAK

Neurrigabekeriak eragindako sindromea:

Lesio miotendinoso hau giharrak gehiegikeriaz, etenik gabe erabiltzearen sorteen da. Giharretan pisu gehiegi ezartzeak lotailuen eta juntaren kapsulan eragina izan dezake. Eskuan, eskumuturrean, besagainean eta ukonoan sortzea da ohikoena.

Sendabidea:

Fase agudua: Atsedena. Denbora sintomen larritasunaren araberakoa izando da. Krioterapia 10-12 minutu egunean 3 aldiz. Mugimenduaren murrizketa "ortesis" -arekin. Antiinflamatorioak (ez este-roideoak)

Fase sub-agudua: Cinesiterapia. Gaitzak eragindako giharrerria luzatzeko eta indartzeko ariketak.

Harrapatzeak eragindako neuropatiak:

Neurrigabekeriak aritzearen ondorio dira. Izan ere, indarra gehiegikeriaz erabiltzean, besagaineko giharren hipertrofiak nerbio periferikoen konpresioa sor dezake. Sintomak: mina, indar galtzea eta sentzumenen alterazioa.

a) Tunel karpianoaren sindromea.

Gehien agertzen den sindromea da. Eskumuturreko karmo aurreko ligamentu anularren azpiko zain edo nerbio ertainaren konpresioaren eraginez sortzen da.

Eskafoide eta trapezio hezurren artean iragaten da alde radialean; pisiforme eta gantxo artean, kubitalean. Tunelaren oina semilunar, hezur handi eta trapezoide hezurrez osatua dago. Erpuruaren flexore luzeak, hatzamarren azaleko eta sakoneko lau flexoreek eta nerbio ertainak gurutzatzen dute.

Harrizulatzailleak mina eta parestesiak sentitzen ditu esku ahurrean eta hiru hatzamar eta erdi, radialen alde ahurrean. Hirugarren hatzamarrean hasten da aldizka. Eskua astinduz mina arintzen da (flickering)

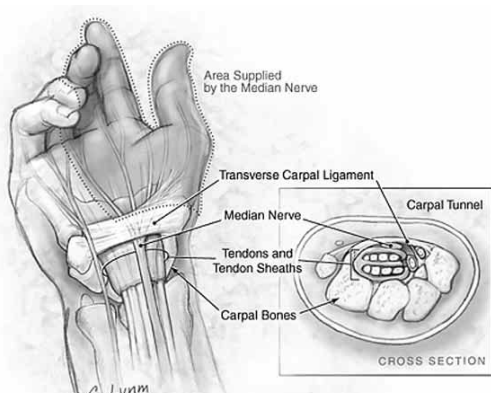
Sendabidea:

kontserbadorea: zurruntasun trapeziometakarpianoaren prebentzioa; elektroterapia analgesikoa eta anti-inflamatorioa; sentiberatasuna berreztea; iontoforesis-a kortikoideekin.

Kirurgikoa: Ebakuntzaren ostean: masaje trofikoak. Cinesiterapia pasiboa, asistitua eta aktiboa. Sentikortasuna berreskuratzeko teknikak. Ergoterapia. AVD-etara egokitzea.

EL MAL DE LOS BARRENADORES

Elkargoak artikulu hau gaztelaniaz du norbaitek eskatu nahi baldin badu



b) Neuropatia kubitala:

Nerbio kubitala bi maila desberdinetan harrapatu daiteke:

— Guyon-en kanalean: hezur pisiformea eta hezur gantxosoaren makuaren artean sortzen den tunel ostofibrosoan. Puntu honetan arteria eta nerbio kubitalan du eragina. Parestesiak sortzen dira hatzamar txikian eta maizteko hatzamarrean eta gainera ahultasuna eta atrofia alde hipotenarrean eta gihar interoseoetan.

— Kanale epitrokleo-olekranianoa: alde batetik ukondoko junturak eta bere zeharkako lotailuak eta bestetik aurreko kubitalaren bi buruak lotzen dituen aponeurosiak osotzen dute. Parestesiak sortzen dira ukondotik besagainta eta ezkurantz (disestesiak laugarren eta bostgarren hatzamarretan) baina mugimendu murrizketa eskasa da.

Sendabidea:

Eskudo alde kubitala eskularru batekin babestu behar da afekzio trofikoaren arriskua (zauriak, hotza) handia baita laugarren eta bostgarren hatzamar mamietan sortzen den sentzibilitate galera dela eta. Aldez aurretik termoterapia (infragorriak, bainu epelak). Elektroterapia kilikatzailea eskuko barneko giharrentzat. Ortesia. Eskatze-lan aktiboa. Sentikortasunaren berreskurapen lana teknika desberdinak erabiliz eta baita irudi motriz normalaren bilatzea ere.

c) Neuropatia radiala:

Behin eta berriz errepikatzen den ukondoaren hedapenaren ondorioz sortzen da. Erreflexu tricipitalaren gabezia, ukondoa hedatzeko exintasuna, besagaintaren supinazioaren paralisia eta eskumutur eta hatzamarren erropen osoa sortzen du.

Sendabidea:

Trofismoaren mantenimentua masajearen teknika erabiliz eta elektroterapia kilikatzailea giharrentzat.

• EPILONDILITISA:

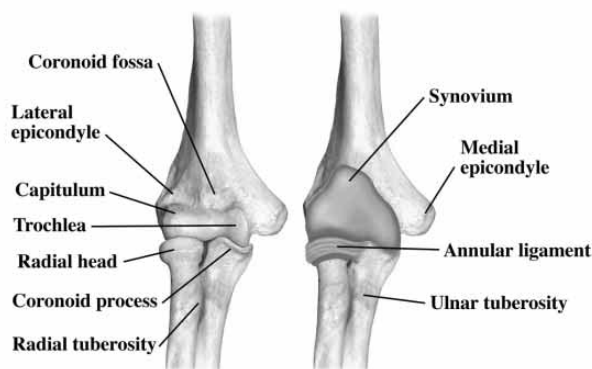
Epikondiloaren aurreko eta azpiko aldean kokatzen da mina eta besagaintaren kanpoko aldera zabaldu daiteke. Mina bizia da eskumuturraren hedapenean eta erresistentziaren aurka egindako besagaintaren supinazio mugimenduetan.

Sendabidea:

1. Fasea: Lesio agudua: kontrakturen aurkako masajea luzapenekin txandakatuz, epikondiloko giharren tonifikazio hariketa lehunak.

Lesio kronikoak: Aurrerago aipatutako teknikez gain zeharkako masaje, hotzaren terapia eta ultrasoinuak.

2. Fasea: Mina eta inflamazioa desagertu direnean, epikondiloko giharren indartze ariketak egingo dira, lehendabizi modu analitikoan eta ondoren ukondoaren hurbiltze-urruntze hariketa konbinatuak, besagaintaren pronosupinazio eta hatzamarren flexio mugimenduak eginez.



Epitrokleitisa:

Gihar epitroklearen ezarpen puntuan oinarritutako tendinitisa, ukondo eta eskumuturraren flexio mugimenduak eta besagaintaren pronazioaren errepikapenak eraginda. Ukondoaren barnealdean mina sortzen da besagaintaren barne muturrera hedatuz.

Bizipitalaren tendinitisa:

Radioan bicepsaren ezarpen puntuko inflamazioa, hurbiltze-urruntze mugimenduen ondorioz.

Ukondoaren patologia hainbat aldiz agertzearen eraginez mesedegarria izaten da profilaxi egokia aurrera eramatea: giharrera tononean mantentzea, ariketetan gehiegikeriak baztetzeari, joku-teknika garbia izatea eta junturak babestuko dituen lokarriak erabiltzea.

De Quervian-en Tenosinobitisa:

Lotailuaren handitze agindu edo kronikoa, lotailuaren irristapen-mugimenduan zailtasunak eraginez.

Erpuruaren abduktore eta extensore laburrean eragiten du. "Tabakera anatomikoan" eta erpuruaren mugimenduan mina areagotzea dakar eta baita lekuko inflamazioa eta gihar hauen laburtzapenean mina.

HARRIZULATZAILEEN GAITZA

EL MAL DE LOS BARRENADORES

Sendabidea:

Behere frekuentzietako elektroterapia, ultrasoinuak, parafina bainuak, cinesiterapia aktibo-asistitua eta aktibo-minik gabekoa, eskuko giharrerria indartzeko ariketak, lokarri funtzionalak eta atsedeneko ortesia.

Puzla:

Azalaren gainaldearen kontra egindako igurtzien ondorioz epidermis azpian bildutako likidoa.

Sendabidea:

Puzla eta bere ingurua jaboi eta urarekin garbitu. Guraize esterilizatuekin puzlaren erdialdean ebakia egin. Antiseptikoa eta pomada arina erabili. Ingurua azalarekin estali. Eremu honetan estalki garbi bat jarri. Egunero begiratu infekziorik sor ez dadin.

Zerbikalgia:

Garondoko mina brakialgia batekin lotua edo ez. Lepondotik dorsal alde-rako ibilbidea du, lepoaren atzean eta sarritan alde bateruntz ere bai, eskapulen arteko giharretan, trapezioetan, omoplatoaren angularrean, sorbalde-tan. Postura desegokiek eragindako etiologia du.

Sendabidea:

Fase agudua: Azaleko beroaren terapia (konpresak, enplastoak, manta elektrikoak, infragorriak, hot pack-ak) eta sakona (uhin laburrak, mikro-uhinak, ultrasoinuak); immobilizatu (garondoko ortesia); masoterapiako teknikak; analgesikoak, giharrentzako lasaigarriak.

Fase sub-agudua: Garondoaren trakzioa, cinesiterapia (lepoko junturen eta giharren berrezketa), masoterapia, manipulazioak, elektroterapia (tens-a, interferentzialak, Bernard-en korrente diadinamikoak, laserra).

Fase kronikoa: Postura egokiak jarri eta erlajazio teknikak.

Dorsalgia arina:

“Heldu-gazte”-aren dorsalgia esentzialak edo Brodie-ren neuralgia espinala deituak ondorengo ezaugarriak ditu:

- Gihar eta lotailuen gutxitasunak sortutako dorsalgia posturala.
- Behin eta berriz errepikatzen diren postura desegokiek eragindako dorsalgia.

Sendabidea:

Farmakoen bidezko sendabidea (analgesikoak, aines-a eta giharretarako lasaigarriak); cinesiterapia tratamendua (mugimenduaren askatasuna hobetzeko teknikak eta ariketak, maila parabertebraleko eta eskapula inguruko guaiaren indartzea, rakisaren guaiaren luzapenerako teknikak, posturen berrezketa); azaleko eta sakoneko beroaren terapia; masoterapia teknikak; erlajazio teknikak (Jacobson-en metodoa, Schultz-en heziketa autogenoa, musikoterapia); minaren aurkako elektroterapia.

Lumbalgia mekanikoa:

Gauko mina mugimenduarekin areagotu eta atsedenarekin kentzen dena. Kakis lunbarraren juntaren mugimenduan mugapena aurkezten du. Jatorri mekanikoa du. Alde motorrari dagokionez, ez du gutxipenik reagiten ez eta erreflexu osteotendinosoen alteraziorik edo sentikortasunik ere ez.

Sendabidea:

Fase agudua: atsedeen erlatiboa, masoterapia teknikak, elektroterapia (ultrasoinuak, eta minaren aurkako frekuentzia bajuko korranteak); aldameneko dekubitoan mobilizazio analitikoak; inguruko segmentuen mobilizazio aktibo kontrolatua.

Fase sub-agudua: Flexibilizazio eta tonifikazio muskularrerako ariketak; berrezketa posturala.

Kuadrizepseko aurreko rektuaren kontraktura:

Zeharkako traumatismo batek eraginda, presio handiz 20 – 30 minutu artean belauna flexionatua edukitzearen ondorioz sortutako lesioa.

ESKERRAK:

Mikel Zeanuri harrizulatzailleen bibliografía osatuz eskuian didan laguntzarentatik eta Jone Guenecheari euskaraz tekniko itzulpenagatik.

BIBLIOGRAFIA:

- Alcantara S., Hernandez M A. Fundamentos de Fisioterapia. Editorial Síntesis. 1.995.
- Arnheim D. Medicina deportiva. Fisioterapia y entrenamiento atlético. Editorial Mosby/Doyma. 1.994
- Fisioterapeutas de Instituciones Sanitarias. Temario General I,II y III. Editorial Mad. 2.002
- Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Kulund. D. Lesiones del deportista. Salvat editores. 1.986.
- Parmet S.: Carpal tunnel syndrome. Jama patient page. 2.002, September 11.
- Prentice W. Medicina deportiva. Técnicas terapéuticas. Editorial Mosby-Year Book. 1.993
- Reglamento Oficial de los Barrenadores.

*Aritz Monasterio Arana (Fisioterapeuta)
Maidor Guenechea Arrinda (Fisioterapeuta)
Tlf. contacto: 616 278 951*



Equipamiento Integral en Fisioterapia y Rehabilitación



SI TIENES PROBLEMAS LLÁMANOS

TENEMOS SOLUCIONES

**¡ENTRA EN
LA WEB!**

Ahora cuentas con una nueva sección:
el área reservada a clientes
de nuestra web www.enraf.es
que te ofrece de forma gratuita
información profesional
y soluciones concretas.



ENRAF NONIUS IBERICA S.A.
<http://www.enraf.es>
E-mail: info@enraf.es
Tel 902 161 024
Fax 913 342 517



Delegación en Bilbao
Avda. Madariaga, nº1, 2º Dpto.5 - 48014
Tels.: 944 762 641 - 944 763 336 Fax: 944 750 109
E-mail: norte@enraf.es

Resumen de Ponencia extraída de las

V JORNADAS MEDITERRÁNEAS DE FISIOTERAPIA

que tuvieron lugar en Septiembre de 2004 y fueron organizadas por el

Col·legi Oficial de
Fisioterapeutes de les Illes
Balears

Introducción:

El vértigo se ha definido como la expresión subjetiva de la pérdida de la orientación espacial, sensación que puede acompañarse de alteraciones motoras, neurovegetativas y emocionales diversas. La orientación en el espacio es el resultado de la integración en el SNC de múltiples aferencias sensoriales que provienen especialmente de los sistemas vestibular, somatosensorial y visual. (1)

El origen de la sensación vertiginosa puede ser consecuencia de la existencia de incongruencias en las aferencias provenientes de cualquiera de estos sistemas. A pesar de que sigue siendo controvertido el alcance de las alteraciones funcionales somatosensoriales como origen del vértigo, pensamos que hay suficientes evidencias que apoyan que los desarreglos que alteran la actividad propioceptiva pueden desencadenar síntomas que se corresponden con esta entidad clínica. (2)

La fisioterapia a través de sus distintas ramas (Terapia manual ortopédica, terapia posturológica, electroterapia ...) ejerce una gran influencia sobre el sistema somatosensorial, pudiendo contribuir a la normalización de la información aferente y con ello al tratamiento de los trastornos del equilibrio cuyo origen esté asociado a desarreglos funcionales neuromusculares.

“IMPLICACIONES DE LA COLUMNA CERVICAL Y DE LA A.T.M. EN LOS SINDROMES VERTIGINOSOS”

Vértigo de origen cervical

El concepto de vértigo cervical se reserva para aquellos casos en los que la alteración funcional propioceptiva media como mecanismo etiológico. Las aferencias propioceptivas de origen cervical participan en la coordinación entre los movimientos oculares, los movimientos de la cabeza y la postura. La percepción de los movimientos de rotación cráneo-cervical está determinada tanto por el sistema vestibular como por el sistema somatosensorial y la información visual. El sistema vestibular permite percibir especialmente la posición de la cabeza en relación al espacio, participando además en actividades reflejas como los reflejos vestibulo-cervicales, determinantes para el mantenimiento de la postura y del equilibrio. El sistema somatosensorial suboccipital permite percibir la posición de la cabeza en relación al resto del cuerpo. La visión proporciona una constante referencia sobre la verticalidad, la horizontalidad y el movimiento del cuerpo en relación al entorno, o del entorno en relación al cuerpo, además se conocen importantes relaciones de sinergia entre la musculatura ocular externa y la musculatura cervical (Reflejo óculo-céfalo-giro).

Las aferencias somatosensoriales relevantes de la región cervical provienen de los mecanorreceptores cápsulo-ligamentosos y de los husos neuromusculares de la musculatura profunda.

Richmond (3) demostró que los músculos profundos del raquis en humanos contienen una alta densidad de husos neuromusculares de diferente

configuración, el elevado número de husos neuromusculares en los músculos del raquis provee de una enorme cantidad de aferencias propioceptivas al SNC, cualquier traumatismo que afecte a estos músculos puede provocar cambios en la información propioceptiva.

Brink y colaboradores señalan que las ramas altas que inervan al músculo esplénico de la cabeza (C1-C2) realizan una conexión directa monosináptica con el SNC, mientras que las ramas bajas que inervan este músculo (C3 a C5) hacen conexiones bisinápticas.(4) La estimulación de los músculos inervados por C1-C2 provoca nistagmus en el hombre, si esta estimulación es aplicada en una musculatura cervical alta traumatizada genera respuestas vertiginosas, esto demuestra que las aferencias cervicales somestésicas relacionadas con los niveles segmentarios C1-C2 tienen efectos directos y potentes sobre el SNC. (5)

El SNC. tiene un amplio margen de adaptabilidad frente a los cambios en la calidad y cantidad de aferencias que recibe, si estas aferencias exceden la capacidad adaptativa del SNC pueden causar trastornos vertiginosos. Aquellas condiciones que sean capaces de generar una sobreestimulación o una falta de estimulación en los receptores propioceptivos articulares, musculares y tendinosos del raquis cervical alto (traumatismos, microtraumatismos de repetición, alteraciones posturales...) podemos considerarlas como potenciales factores responsables de las alteraciones del equilibrio.

AUTORES: Eduardo Zamorano Zárate - Alejandro Ferragut Garcías

Postura y vértigo cervical

El vértigo de origen cervical se asocia frecuentemente a un patrón postural alterado que afecta al cuadrante superior, éste se corresponde con la posición adelantada de la cabeza junto a una limitación de la movilidad articular intersegmentaria en los tres primeros niveles vertebrales cervicales (6), esta alteración de la postura se asocia a un acortamiento y un aumento de tono de la musculatura suboccipital junto a los músculos ECOM y trapecios superiores entre otros, músculos a los cuales se les atribuye la capacidad de generar respuestas del tipo vértigo, inestabilidad, nistagmo asociadas a un síndrome de dolor miofascial (7). Los desequilibrios musculares que observamos en esta alteración postural se acompañan de importantes modificaciones en las articulaciones vertebrales, a nivel suboccipital el complejo articular C0-C1-C2-C3 se adapta en una posición de extensión con aumento de la presión articular interapofisaria a nivel de C2-C3 produciéndose un marcado acortamiento de las estructuras cápsulo-ligamentosas del arco posterior. Las modificaciones en el tono y la longitud de los músculos junto a los cambios que se producen a nivel articular, pueden determinar importantes alteraciones en la calidad y cantidad de las aferencias generadas en los receptores de estos tejidos.

Complejo cráneoocervicomandibular y los trastornos del equilibrio

El complejo cráneo-cervico-mandibular forma una verdadera unidad funcional biomecánica, estableciéndose una relación de interdependencia estática y dinámica entre los ejes cráneoocervical y cráneo-mandibular. La integridad de las estructuras neuromusculo-esqueléticas que constituyen ambas regiones determinan la normalidad funcional y ésta a su vez condiciona la integridad de la estructura. El equilibrio del sistema está condicionado por el balance entre aferencias somatosensoriales, procesamiento central y respuestas eferentes.(8) Las causas que pueden desequilibrar esta unidad funcional pueden tener un origen en ambos ejes, y éstas comprenden desde alteraciones de la movilidad, hasta déficit en el control motor, desequilibrios musculares, alteraciones posturales, actividades parafuncionales ... Todas ellas, pueden distorsionar la entrada de información relativa a la posición y el movimiento lo que puede traducirse en trastornos del equilibrio.

Bibliografía

- 1.- Bartual J., Perez N. El sistema vestibular y sus alteraciones. Masson, 1998.
- 2.- Brandt T., Broustein AM. Cervical vertigo. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,2001; 71(1):8-12.
- 3.- Richmond FJR., Bakker DA. Anatomical organization and sensory receptor content of soft tissues surrounding upper cervical vertebrae in the cat. J. Neurophysiol,1982; 48(1):49-61.
- 4.- Brink EE, Hirai N. Influence of neck afferents on vestibular neurons. Exp Brain Res, 1980; 38:285-292.
- 5.- Fitz-Ritson D. Assessment of cervicogenic vertigo. J. Manipulative Physiol Ther,1991; 14(3):193-198.
- 6.- Rosenberg WS., Salame KS. Compression of the upper cervical spinal cord causing symptoms of brainstem compromise, a case report. Spine,1998; 23(13):1497-1500.
- 7.- Travell JG., Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. The upper extremities. Williams and Wilkins.Vol I 1996
- 8.- Manns A., Diaz G. Sistema estomatognático Facultad de Odontología Universidad de Chile ,1983.

CONTRATO DE ALQUILER DE LOCAL DE NEGOCIO

Con el presente artículo sobre alquileres comenzamos una serie de comentarios sobre nociones jurídicas, algunas de las cuales no están íntimamente relacionadas con el ejercicio de la profesión de fisioterapeuta, pero que es muy conveniente tener en consideración en nuestro quehacer diario.

En primer lugar, debemos decir que la Ley de Arrendamientos Urbanos no establece un epígrafe en concreto para los locales de negocio. La ley establece dos tipos de arrendamientos: 1) de Vivienda; 2) Arrendamiento para uso distinto al de vivienda;

El **Artículo 3 de la Ley de Arrendamientos Urbanos de 1.994** establece en su artículo 3 lo que se considera arrendamiento para uso distinto del de vivienda:

2. En especial, tendrán esta consideración los arrendamientos de fincas urbanas celebrados por temporada, sea ésta de verano o cualquier otra, y los celebrados para ejercerse en la finca una actividad industrial, comercial, artesanal, profesional, recreativa, asistencial, cultural o docente, cualquiera que sean las personas que los celebren.

Régimen aplicable: Estos arrendamientos se rigen: 1) libre voluntad de las partes; 2) por lo dispuesto en los arts. 29 a 35 de la L.A.U. (Ley de Arrendamientos Urbanos); 3) Supletoriamente por el Código Civil;

Plazo de duración: La duración del arrendamiento se deja a la libre voluntad de las partes. A falta de cláusula expresa en el contrato, es aplicable lo dispuesto al respecto en el art. 1.581 del Código Civil: el arrendamiento se considera hecho por años cuando se ha fijado un alquiler anual; por meses cuando es mensual, por días cuando es diario.

Renta: Rige la libre voluntad de las partes en su fijación. En los últimos tiempos se ha establecido también la modalidad de renta variable. Por renta variable se entiende aquella cuya determinación se realiza sobre la base de algún parámetro objetivo (ventas, afluencia de público...) cuyos valores pueden verse sometidos a oscilaciones.

No siendo renta en si mismas también se establece habitualmente que corran a cargo del inquilino las denominadas "cantidades asimiladas" a la renta como pueden ser los gastos de: impuestos municipales (I.B.I., alcantarillado, basuras), gastos de comunidad de propietarios, primas de seguros, etc.

El pago de la renta es obligatorio para el arrendatario. El impago de las diferentes cantidades a las que se obliga el arrendatario son de obligado cumplimiento, por lo que su impago puede conllevar la resolución del contrato. No puede el arrendatario suspender el pago de la renta alegando que el local tiene deficiencias para que se permita administrativamente la actividad.

• **Actualización de la renta:** La renta suele actualizarse periódicamente fijando la subida o bajada con relación a un índice de referencia, normalmente el I.P.C. Pero dada la libertad de pactos que rigen estos contratos se puede pactar una actualización al margen del índice de referencia. En los contratos de larga duración por ejemplo también se suele establecer la actualización en comparación con las rentas que se están pagando en ese momento en el mercado libre en edificios similares.

Conservación, mejoras y obras del arrendatario: Se regulan por el acuerdo entre las partes y supletoriamente por lo establecido en dicha materia por la L.A.U.

• **Elevación de la renta por obras de mejora:** Salvo que en el contrato se haya pactado otra cosa, la elevación de la renta como consecuencia de obras de mejora se puede producir en cualquier momento; estamos en presencia de una significativa diferencia en relación a los supuestos de arrendamientos de vivienda, en estos casos durante los cinco primeros años no se puede elevar la renta por este concepto.

Derecho de adquisición preferente: El principio de libertad de pactos que rige el arrendamiento de locales de negocio origina que habitualmente en dichos contratos el arrendador exija la renuncia al derecho de adquisición preferente. Dicho de otro modo, normalmente el inquilino no puede ejercer este derecho al tratarse de una renuncia válida.

Cesión del contrato y subarriendo: Por cesión debemos entender que es el cambio en la persona del arrendatario. En este sentido hay que indicar que la L.A.U. 1.994 entiende que no hay cesión en el caso de que se produzca el cambio en la persona del arrendatario como consecuencia de la fusión, transformación o escisión de la sociedad arrendataria

Hay que precisar que en el arrendamiento del local de negocio para el ejercicio de la actividad empresarial o profesional, el arrendatario puede subarrendar la finca sin necesitar el consentimiento del arrendador. Pero se exige la notificación fehaciente al arrendador en el plazo de un mes.

• **Notificación al arrendador:** tanto en la cesión como en el subarriendo debe notificarse dicho hecho al arrendador. Debe realizarse de forma fehaciente (burofax, telegrama...) y debe realizarse en el plazo de un mes desde que el subarriendo o cesión se hubiere concertado. La ausencia de notificación faculta al arrendador a resolver el contrato.

• **Elevación de la renta:** Es lícito que se pacte la renuncia por parte del arrendador a la elevación de la renta. Salvo pacto en contrario el arrendador puede elevar la renta: 1) 10% en el caso de producirse un subarriendo parcial; 2) 20% en el caso de una cesión del contrato o un subarriendo total del local.



Libro Recomendado por la Librería Axón:

“Atlas de Técnicas Articulares Osteopáticas de las Extremidades”

Autor: Tixa

Edición: 1ª Año 2004 Páginas: 270 Precio: 35 Euros

Podréis acceder a él a través del enlace a Axón en nuestra web colegial www.fisioelkarcofpv.org.

Además contamos con un ejemplar en la Biblioteca del Colegio.

Pedidos a Axon Librería
Raimundo Lulio, 1
28010 - Madrid

Para obtener el descuento pactado con Librería Axón, es imprescindible indicar el Colegio al que pertenece y el número, tanto en pedidos telefónicos al 915 939 999, por fax al 914 482 188 a por correo electrónico a axon@axon.es. Si realiza el pedido por la página web en www.axon.es introduzca dichos datos en la casilla de observaciones.

CARACTERÍSTICAS

- Este atlas constituye un auténtica guía metodológica de utilización de técnicas manuales osteo-articulares con las que evitar las restricciones de movimiento y lograr la recuperación de la movilidad de las diferentes articulaciones.
- Más de 400 fotos ilustran las técnicas utilizadas, con un sentido especialmente pedagógico, para que el profesional pueda desarrollar correctamente su habilidad manual lo que supone excelentes resultados clínicos.
- Con 6 capítulos generales, uno para cada articulación (hombros, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo) que se inician con un test de movilidad para un diagnóstico correcto, seguido de una exposición de puntos esenciales en una tabla clínica y de las causas principales del desequilibrio de la armonía articular.
- Se trata de un libro de conceptos claros y de fácil consulta. Pensado, por tanto, para todos aquellos que tienen dudas sobre las prácticas y las técnicas osteopáticas. Enriquecido con consejos y trucos profesionales que permiten optimizar gestos técnicos y aplicaciones clínicas.

De interés para

Profesionales de osteología, kinesioterapia, fisioterapia, y especialistas de medicina manual
Estudiantes de osteología, kinesioterapia, fisioterapia y medicina manual

Índice de capítulos

Hombro. Codo. Muñeca y mano. Cadera. Rodilla. Tobillo y pie.

Contenidos

La osteopatía se halla actualmente en un claro proceso de reconocimiento y valoración en todo el mundo. Este Atlas, por tanto, aparece en el momento clave para la evolución de este proceso. La estructura de su presentación y su gran riqueza iconográfica vienen a demostrar el carácter rigurosamente progresivo de la osteopatía, al menos en el campo del diagnóstico y del tratamiento de las disfunciones articulares.

La obra, con más de 400 fotografías, se presenta como un conjunto de técnicas manuales osteo-articulares, capaces de reducir las restricciones de movilidad de las diferentes articulaciones del cuerpo humano. Se dedica a cada una de ellas todo un apartado que se abre con un test de movilidad para establecer un diagnóstico. En este test, perfectamente ilustrado, se analizan:

- . causas primarias
- . causas secundarias
- . propuestas del examen clínico
- . aspectos a tener en cuenta antes de la reducción

Nuevos libros en la Biblioteca:

- “Fisioterapia, Masaje, Primeros auxilios y Técnicas de Vendaje” - Hüter y Becker / Ed.
- “Electroterapia en Fisioterapia (2ª Edición)” - Rodríguez Martín / Ed.
- “Rehabilitación y Fisioterapia en Geriátría” - Delgado Ojeda / Ed.
- “Las Fascias: el papel de los tejidos en la mecánica humana” - Paoletti / Ed.
- “Reflexoterapia: La salud a través del masaje en los pies” - Almazán / Ed.
- “Estructura del músculo esquelético, función y plasticidad” - Richard L. Lieber / Ed. Mc. Graw Hill
- “Fisioterapia Manual. Extremidades” - F.M. Kaltenborn / Ed. Mc. Graw Hill
- “Fisioterapia Manual. Columna” - F.M. Kaltenborn / Ed. Mc. Graw Hill
- “Fundamentos de Fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica” - William Cristancho Gómez / Ed. Manual Moderno
- “Fundamentos del Masaje Terapéutico” - Sandy Fritz / Ed. Elseiver
- “Atlas de Técnicas Articulares Osteopáticas de las Extremidades” - Tixa, Ebenegger / Ed. Masson

BILBAO EXHIBITION CENTRE, UN LUGAR DE ENCUENTRO

Bilbao Exhibition Centre, **BEC**, es un revolucionario proyecto donde personas, ideas, agentes económicos y empresas se unen en un mismo espacio. Un punto de encuentro y relación donde la tecnología y la innovación trabajan para generar nuevas oportunidades de negocio. Un gran motor de desarrollo económico, social y cultural con vocación de convertirse en uno de los principales centros de negocios del mundo.

Pero **BEC** es también un nuevo concepto de recinto ferial en el que expositores y visitantes disfrutan de más y mejores canales de comunicación. Donde tiene a su disposición un Gestor Comercial Personal que le ayuda a solventar cualquier necesidad o trámite que desee realizar. Un lugar, en definitiva, en constante evolución, abierto todo el año, en el que cada persona es protagonista. Y en el que todo es posible.

El Centro de Convenciones es la zona que da la bienvenida al **BEC**. Coronada por la impresionante torre de oficinas, cuenta con 5.500 m² distribuidos en tres zonas diferenciadas con un total de cinco salas con diferentes capacidades y configuraciones, capaces de acoger todo tipo de congresos, simposios y reuniones, adaptándose al número de asistentes y a las características particulares de cada evento.

Esta ubicación está equipada con la más avanzada tecnología y complementa a las instalaciones bilbaínas ya existentes.

Este versátil Centro de Convenciones cuenta además con diferentes despachos, salas VIP, salas de reuniones y conferencias a lo largo del Atrio de conexión entre pabellones, sala de prensa, restaurantes y todos aquellos servicios y avances necesarios a la hora de llevar a cabo encuentros y actividades diversas.

Estos servicios se ven reforzados por los 150.000 m² de espacio expositivo que ofrecen los seis pabellones de **BEC** en Barakaldo. Entre ellos destaca el pabellón Bizkaia Arena, con una superficie de 20.600 m² que puede ser acondicionada para todo tipo de espectáculos.

Hace pocos días, del 23 al 26 de Septiembre, se ha celebrado la 16ª Edición de la Feria Internacional de Ferretería, FERROFORMA, que puede considerarse uno de los más importantes certámenes. En ella se convoca a los fabricantes, distribuidores y profesionales que conforman la cadena de suministros de productos ferreteros, específicos y afines a todas las industrias y usuarios.

A continuación os informamos del **Calendario de Certámenes** que tendrá lugar durante los próximos 12 meses:

Octubre 2004:

- Fosminer del 15 al 17
- Nagusi del 21 al 24
- Salón de Bisutería del 23 al 25

Más información: www.bilbaoexhibitioncentre.com

Noviembre 2004:

- Expobodas del 5 al 7
- Almonedas del 6 al 14
- Exposición Canina el 7
- Proma: del 9 al 12
- Madertec: del 11 al 13
- Atlantic Logistic Forum Bilbao: del 17 al 19

Diciembre 2004 y Enero 2005:

- Parque Infantil de Navidad: del 16/12 al 6/01
- Sinaval: del 26 al 29/01
- Eurofishing: del 26/01 al 29/01

Marzo 2005:

- Gastech (Gas Natural): del 14 al 17

Abril 2005:

- Desembalaje: 15

Mayo 2005:

- Expovacaciones: del 12 al 15
- Expoconsumo: del 12 al 15

Septiembre 2005:

- Cumbre Industrial y Tecnológica: del 27 al 30
- Subcontratación: del 27 al 30
- Managing: del 27 al 30

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala

C/ San Vicente, 8 - Edificio Albia II 4º D
48001 BILBAO

Tel.: 944 020 155 • Fax: 944 020 156

E-mail: cofpv@fisioelkarcofpv.org

www.fisioelkarcofpv.org