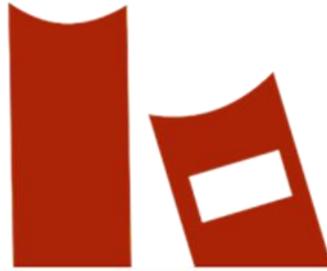


ACTAS DEL



**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN III

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen III**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

FISIOTERAPIA

PLATIBASIA: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y PRECAUCIONES EN FISIOTERAPIA	17
ILDEFONSO HURTADO LARA, MANUEL JESÚS HURTADO LARA, ROSARIO ANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	
EFICACIA DE LA HIDROCINESITERAPIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA ..	18
CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO	
EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ESPEJO EN LA RECUPERACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO TRAS UN ICTUS	19
CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO	
ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA	20
ROSARIO ANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MANUEL JESÚS HURTADO LARA, ILDEFONSO HURTADO LARA	
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE PATOLOGÍA DE HOMBRO: SÍNDROME SUBACROMIAL.....	21
FRANCISCO JESUS ARANDA GARCIA, ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES, INES SEGOVIA AGUILERA	
FISIOTERAPIA Y LA ELECTROMIOGRAFÍA EN PACIENTE CON HEMIPARESIA LATERAL IZQUIERDA.....	22
ALBERTO SOTO SANCHEZ	
FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL LATIGAZO CERVICAL POST-TRAUMÁTICO.....	23
JULIAN BRAGA ARBESU, ALBERTO SOTO SANCHEZ	
ANÁLISIS DE CASO DE FASCIOSIS PLANTAR EN DEPORTISTA	24
MARTA RÍOS LEÓN	
TRATAMIENTO COMBINADO DE ELECTROLISIS Y EXCÉNTRICOS EN UNA ROTURA DE RECTO ANTERIOR DEL CUÁDRICEPS CON FIBROSIS	25
JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
LESIÓN DE TENNIS LEG Y SUS FASES EN LA RECUPERACIÓN	26

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
TRABAJO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA	27
JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
TRABAJO DE FISIOTERAPIA EN LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO	28
JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
FISIOTERAPIA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN ROTULIANA	29
JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ, MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO	
EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LOS NIÑOS CON MARCHA DE PUNTILLAS IDIOPÁTICA	30
CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO	
LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: TÉCNICAS RESPIRATORIAS PARA ENFERMERÍA.....	31
CRISTINA LEAL TORREALBA, SANDRA JURADO CONTRERAS, MARÍA SOLEDAD JIMÉNEZ PICAZO	
USO DE ORTESIS PARA REEDUCAR EL PIE CAÍDO CON MARCHA EN ESTEPAJE	32
LAURA MORENO GONZALEZ, MILAGROS CASAL SANCHEZ, MARIANO FERNÁNDEZ ROMÁN	
VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA INICIAL EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO.....	33
LAURA MORENO GONZALEZ, MILAGROS CASAL SANCHEZ, MARIANO FERNÁNDEZ ROMÁN	
NEUROPATÍA TRAUMÁTICA DEL NERVIO RADIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	34
BLAS MILLAN MOLINA, CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ	
CERVICALGIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	35
BLAS MILLAN MOLINA, CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ	
LA EFICACIA DE LA MANIPULACIÓN ESPINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	36
BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, CRISTINA ROBLES MOLINA	

PACIENTE CON LUMBALGIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	37
BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, CRISTINA ROBLES MOLINA	
FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN	38
MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ, MERCEDES MORENO ALMAGRO	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA	39
MANUEL RODRÍGUEZ HUGUET, JORGE MANUEL GÓNGORA RODRÍGUEZ, ELIAS KFOURY KFOURY	
EL MÉTODO MCKENZIE COMO TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO	40
ESTEFANIA CLAVERO CANO, MANUELA JIMÉNEZ CASTILLO, MARÍA VICENTA LORENZO MORIANA	
PREVENCIÓN DE LESIONES DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN FÚTBOL FEMENINO	41
INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES	
EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA EN EL TRAUMA PERINEAL	42
INES ROJAS SERRANO, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ	
CAMBIOS CORTICALES EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO: REVISIÓN TEÓRICA	43
INES ROJAS SERRANO, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ	
DRENAJE POSTURAL PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SOMETIDOS A RESPIRACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA	44
FATIMA RIVAS REYES, ESTELA GALLARDO LÓPEZ, DOLORES JIMENEZ LOPEZ	
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE DUCHENNE.....	45
MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA LEANTE	
VENDAJE NEUROMUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DEL ESGUINCE DE LIGAMENTO LATERAL EXTERNO Y SU EFICACIA	46

CARMEN VERA LEANTE, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL, IRENE VERA LEANTE, IRENE MONTOYA NAVARRO, JOSE IGNACIO GIL IZQUIERDO

ALIVIO DE LA MUCOSIDAD INFANTIL GRACIAS A LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA47

MARIA DOLORES SORROCHE LÓPEZ, EVA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ANTONIA ISABEL FERNANDEZ LOPEZ

EFICACIA DE LA TERAPIA RESTRICTIVA EN EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL MIEMBRO SUPERIOR EN PEDIATRÍA48

SARA PÉREZ MAÑOGIL, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA LEANTE, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ

PREVENCIÓN DE LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN BAILARINES/AS DE ENSEÑANZAS BÁSICAS Y PROFESIONALES DE DANZA CLÁSICA49

FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTES CON CONDRICALCINOSIS50

ÓSCAR SERRANO SALINAS, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA

INFLUENCIA DEL MÚSCULO PSOAS ILÍACO EN EL DOLOR LUMBAR51

MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, SONIA RUBIO LUJÁN

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN MUJERES CON LINFEDEMA TRAS UNA MASTECTOMÍA52

INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA FIBROMIALGIA MEDIANTE ANDULACIÓN53

VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ

EFFECTIVIDAD DEL KINESIOTAPING: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA54

MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS

EL SISTEMA ANTIGRAVITATORIO POSTURAL EN LOS TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA.....	55
VÍCTOR ALCARAZ RUBIO, VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ	
TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE DOLOR EN PIE TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR HALLUX VALGUS Y DEDOS EN MARTILLO	56
MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ USERO, VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA ANTE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA	57
JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ, JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA	
VALOR ADICIONAL DEL UMBRAL ANAERÓBICO EN UN MODELO DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD GENERAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DE CHAGAS.....	58
MARIA ANGELES GUTIERREZ VALDIVIA, ROSA MARIA GARCIA GARRIDO, ROCIO GARCIA PEREZ	
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL	59
ANA MARIA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO	
BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE YOGA EN LA ESCUELA	60
FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE POSTURAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA APLICANDO TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.....	61
MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO, VERONICA DIAZ SOTERO, OLGA MARTINEZ BUENDIA	
NUEVAS HERRAMIENTAS FISIOTERAPÉUTICAS ANTE EL DOLOR NEUROPÁTICO.....	62
ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LAURA LUQUE CUÉLLAR	
LA FISIOTERAPIA EN LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	63
ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LAURA LUQUE CUÉLLAR	
BENEFICIOS DE LA MANIPULACIÓN PÉLVICA Y MUSCULOENERGÍA EN LA LUMBALGIA CRÓNICA.....	64

JAVIER CUESTA NUÑEZ, PALOMA COLLADO GONZÁLEZ, PURIFICACIÓN COBOS
FERNÁNDEZ

**FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y
CELADOR EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN65**

SARA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, PILAR VALENZUELA SANCHEZ, ANTONIO LUIS
AFAN MIRANDA

CUIDADOS TERAPÉUTICOS EN ENFERMOS CON TRASPLANTE RENAL66

MARIA DEL CARMEN LUCENA RUBIO, MÓNICA ALFARO CABALLERO, ROSARIO
EXPÓSITO NOGALES

**LA REALIDAD VIRTUAL COMO UNA HERRAMIENTA VÁLIDA PARA LA
RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD EN PACIENTES POST ICTUS67**

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE
MONTERO-BANCALERO

**BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL PARA LA
MEJORA DEL EQUILIBRIO PROACTIVO EN PACIENTES POST ICTUS68**

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE
MONTERO-BANCALERO

**EFFECTIVIDAD DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA LA RECUPERACIÓN DE LA
FUNCIONALIDAD EN PACIENTES POST ICTUS69**

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE
MONTERO-BANCALERO

CASO DE COCCIGODINIA NO TRAUMÁTICA EN MUJER DE 37 AÑOS70

MARIA NIEVES LACASA GARCIA, MARIA ISABEL HERNANDEZ ARCAS, MARIA
DEL PILAR MARTINEZ ROBLES

**TRATAMIENTO CON EPI Y EJERCICIO EXCÉNTRICO PARA TENDINOPATÍA
ROTULIANA71**

ÁLVARO PEREA DEL POZO, ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, MIGUEL DELGADO
MUÑOZ

EFFECTOS DEL KINESIOTAPE EN PACIENTES CON EPICONDILITIS72

ÁLVARO PEREA DEL POZO, MIGUEL DELGADO MUÑOZ, ANTONIO VELASCO
SÁNCHEZ

FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO Y ALTERACIONES POSTPARTO73

LAURA LUQUE CUÉLLAR, MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO,
ELISABET MARTÍN ROLDÁN

**LA PUNCIÓN SECA COMO HERRAMIENTA FISIOTERAPÉUTICA EN EL
TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS TENSIONALES.....74**

MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO, LAURA LUQUE CUÉLLAR, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

TRABAJO DE LA MUSCULATURA INSPIRATORIA TRAS CIRUGÍA TORÁCICA75

ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO, ANA MARIA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ENCARNACIÓN MARÍA NAVARRO LÓPEZ

PACIENTE ADULTA CON METATARSALGIA CAUSADA POR NEUROMA DE MORTON76

MARIA NIEVES LACASA GARCIA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ ROBLES, MARIA ISABEL HERNANDEZ ARCAS

PAPEL DE LA LECHE DE VACA EN LAS AGUDIZACIONES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA : ESTUDIO CASO Y CONTROL77

GONZALO BALLESTEROS REVIRIEGO, MIGUEL ANGEL PEREZ TEODORO

ABORDAJE FISIOTERÁPICO DE LA INCONTINENCIA FECAL MEDIANTE LA NEUROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA78

ANDREA GONZALEZ BALLESTEROS, ISABEL MARIA GOMEZ VALERO, GUADALUPE MOLINA TORRES

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO TRAS UNA PROSTATECTOMÍA.....79

MARÍA JOSÉ CÁNOVAS GASPAR, MARIA DEL CARMEN RAMIREZ FERNANDEZ, ESTHER BAIXAULI CUENCA, CAROLINA ALONSO FERNANDEZ

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA80

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS EL EMBARAZO81

ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES, INES SEGOVIA AGUILERA, FRANCISCO JESUS ARANDA GARCIA

LAS ALTERACIONES DE LA COORDINACIÓN EN EL SÍNDROME AUTISTA Y LA FISIOTERAPIA82

DIEGO ORTIZ SUAREZ

USO DE MAGNETOTERAPIA EN CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS83

ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, ÁLVARO PEREA DEL POZO, MIGUEL DELGADO MUÑOZ

DISTENSIÓN DEL LIGAMENTO LATERAL INTERNO DE LA RODILLA84

JUANA MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, NEREA MARIA CALVO TENDERO, GONZALO GEA CARRASCO, CARLOS SÁNCHEZ FEMENÍA, ELISA FERNANDEZ MOLINA, DAVID SÁNCHEZ FEMENÍA, JUAN BAUTISTA ORTUÑO CARBONERO, MARIA ELENA ALCARAZ CABALLERO, MARIA JOSE GONZALEZ CARRILLO, EMILIA ORTEGA MARTINEZ, MARÍA JOSÉ GUTIERREZ LORCA

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO.....85

MARTA ROBLES MATEO

ANÁLISIS SOBRE LAS TERAPIAS DE TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO86

MARTA ROBLES MATEO

LA FISIOTERAPIA EN LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.....87

MARIA DOLORES RUIZ CAMACHO, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, EVA RANDO TORRES

CÓLICO DEL LACTANTE: MASAJE ABDOMINAL VERSUS TERAPIA MIOFASCIAL88

FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ, SILVIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SARAY ORTEGA PÉREZ

FISIOTERAPIA A TRAVÉS DEL MASAJE INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE SUS EFECTOS89

MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SECUELAS DE FISURA DE CODO: A PROPÓSITO DE UN CASO90

SILVIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SARAY ORTEGA PÉREZ, FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ

APLICACIÓN DEL RODILLO MIOFASCIAL SOBRE SÍNDROME DE ISQUIOTIBIALES CORTOS.....91

CARLOS SÁNCHEZ FEMENÍA, DAVID SÁNCHEZ FEMENÍA, NEREA MARIA CALVO TENDERO, JUANA MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA ELENA ALCARAZ CABALLERO, ELISA FERNANDEZ MOLINA, GONZALO GEA CARRASCO, JUAN BAUTISTA ORTUÑO CARBONERO, MARÍA JOSÉ GUTIERREZ LORCA, MARIA JOSE GONZALEZ CARRILLO, EMILIA ORTEGA MARTINEZ

PREVENCIÓN DE CERVICALGIAS DE MUJERES ESPAÑOLAS EN LA ACTUALIDAD92

MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARAVILLAS RUIZ DE MAYA

PAPEL E INTERACCIONES DEL DIAFRAGMA TORÁCICO EN LA ESTÁTICA RAQUÍDEA93

ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL
ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT, PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA
ROSA GARCIA LEÓN

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE MCKENZIE EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA94**

ESTHER GIL MARTÍNEZ, MARIA DE LOS ANGELES SOCÍAS CHECA, MARIA DE LA
LUZ RODRIGUEZ CLARO, HÉCTOR GARCÍA LÓPEZ

**USO DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR DURANTE LA MARCHA EN NIÑOS CON
PARÁLISIS CEREBRAL95**

MIGUEL DELGADO MUÑOZ, ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, ÁLVARO PEREA DEL
POZO

**EL SÍNDROME FEMOROPATELAR: LA ANTESALA DE LA ARTROSIS DE RODILLA
.....96**

SARAY ORTEGA PÉREZ, FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ, SILVIA GONZÁLEZ
RODRÍGUEZ

**ELECTROESTIMULACIÓN DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR EN EL
TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA97**

ANA ISABEL BELLIDO MOLINA, ISABEL MARIA LOPEZ RAMIREZ, ISABEL MARÍA
SÁNCHEZ CARRASCO

**ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN EL ESGUINCE DEL LIGAMENTO LATERAL
EXTERNO DE TOBILLO98**

LAIA EJARQUE PUERTO, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO
LAFUENTE

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN
REHABILITACIÓN99**

SANDRA SAEZ SALAS, MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO
RAMIREZ LAFUENTE

LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL SUELO PÉLVICO100

JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, DOLORES MORENO ANTEQUERA, ISABEL
MARIA BUENO GARCIA

**EL ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA O DE
BELL101**

JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, ISABEL MARIA BUENO GARCIA, DOLORES
MORENO ANTEQUERA

ATENCIÓN TEMPRANA EN LA HIPOTONÍA DEL LACTANTE102

ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL, NOELIA MARIA
MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA
LEANTE, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA

LA TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA CON MOVILIZACIÓN MANUAL DE LOS TEJIDOS BLANDOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	103
ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA, RAQUEL RUEDA VERGARA	
FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	104
ISABEL MARÍA LOPEZ RAMIREZ, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ CARRASCO, ANA ISABEL BELLIDO MOLINA	
EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL CON OSTEONECROSIS DE LA CABEZA	105
ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO	
EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO	106
FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ, INES ROJAS SERRANO	
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN LA FIBROMIALGIA.....	107
MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO, ANA MARÍA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ	
INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN EL TRATAMIENTO DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DE ADULTO	108
MARIA ISABEL ROMERO GARCIA, TAMARA MELERO ROMERO, MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ MORENO	
ANÁLISIS SOBRE LA RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA	109
ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO	
EVIDENCIA DEL MÉTODO PILATES EN LA MEJORA DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN SUJETOS SANOS	110
ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO	
EVIDENCIA DEL MÉTODO PILATES EN LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA.....	111
ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO	

EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	112
ANA BELEN LIRÓN GARCIA, MARTA PARRA MORENO, RUBEN GINES MARTINEZ GONZALEZ, ANA ISABEL MORENO MOTA, ALMUDENA LOPEZ ALMAGRO, BEATRIZ MARIA MULA MELENCHÓN	
EMPLEO DE KINESIOTAPE EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA FASCITIS PLANTAR	113
MARÍA DEL PILAR CANO GARCÍA, YOLANDA ARCHILLA BONILLA, MARÍA JESÚS GÓMEZ ORTEGA	
FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PIRIFORME, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	114
MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL	
RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE JARCHO-LEVIN	115
ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO	
TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTE TRAS LUXACIÓN ANTERIOMEDIAL Y AFECTACIÓN DE VARIOS LIGAMENTOS EN RODILLA IZQUIERDA.....	116
MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT, PEDRO BERMUDO ALBALAT	
BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	117
JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA, ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, RAQUEL RUEDA VERGARA	
MOVILIDAD DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO Y EL IMPULSO RÍTMICO INTRACRANEAL O MOVIMIENTO RESPIRATORIO PRIMARIO.....	118
PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT	
ENFERMEDAD DE LEIGH EN PACIENTE PEDIÁTRICO	119
VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ	
LA PSICOMOTRICIDAD COMO TERAPIA EN NIÑOS	120
RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO, AMARANTA DE MIGUEL RUBIO, CÉSAR VACAS JURADO	

LUMBALGIAS EN EMBARAZADAS: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO	121
ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS	
TRATAMIENTO DE ONDAS DE CHOQUE EN LA FASCITIS PLANTAR	122
JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN ÁGUILA CORTÉS, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LA ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES POR FLUOROQUINOLONAS.....	123
PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ	
TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ESGUINCE DE TOBILLO GRADO II.....	124
PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ	
BENEFICIOS DEL TAICHÍ PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL.....	125
MARTA CASTELLANOS VIDAL, MARIA PILAR BURILLO VIDAL, ALBA GUITARD QUER, NATALIA BRAVO ANDRÉS, EDUARDO DELGADO ROCHE, MARTA PIÑOL RABINAT	
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE KINESIO TAPING EN LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.....	126
RAQUEL RUEDA VERGARA, ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA	
SÍNDROME DEL DOLOR REGIONAL CRÓNICO O DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA: SÍNDROME DE SUDECK	127
CARMEN MARIA JIMÉNEZ HERRERA, ANGEL HURTADO DE MENDOZA MEDINA, CARMEN MARIA JIMENEZ FELICES	
VALORACIÓN DE LA MARCHA EN PACIENTES AFECTADOS DE DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.....	128
CÉSAR VACAS JURADO, RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO, AMARANTA DE MIGUEL RUBIO	
FISIOTERAPIA PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS	129
MARTA SIBÓN SABORIDO, ELENA TORRALBA CHOZAS, MARINA ISABEL NAVAS RAMÍREZ	
LA FISIOTERAPIA PARA LA TERCERA EDAD EN ZONAS RURALES	130
ANA BELÉN RUIZ PÉREZ, SALOME PINEDA TENOR, FRANCISCO JOSE VILLALON GARCIA	

COXIGODINEA, TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA: ESTUDIO DE CASO	131
MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL	
APLICACIÓN DE MAGNETOTERAPIA EN PROCESOS ARTRÓSICOS.....	132
JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN ÁGUILA CORTÉS, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO	
LA HIDROTERAPIA EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL	133
ISABEL GARCÍA RIVAS, MARIA JOSE PEREZ SALA, PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ANA BELÉN MARTÍNEZ SÁNCHEZ	
TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PARÁLISIS CEREBRAL POR PREECLAMPSIA	134
MARINA ISABEL NAVAS RAMÍREZ, ELENA TORRALBA CHOZAS, MARTA SIBÓN SABORIDO	
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO II .	135
ISABEL MARÍA SÁNCHEZ CARRASCO, ANA ISABEL BELLIDO MOLINA, ISABEL MARIA LOPEZ RAMIREZ	
EDEMA ÓSEO EN EL TROQUITER DEL HÚMERO: A PROPÓSITO DE UN CASO...	136
ANA BELÉN RUIZ PÉREZ, SALOME PINEDA TENOR, FRANCISCO JOSE VILLALON GARCIA	
LOS BENEFICIOS EN LA MARCHA DE PACIENTES NEUROLÓGICOS TRAS LA APLICACIÓN DE TERAPIA VOJTA	137
AMARANTA DE MIGUEL RUBIO, CÉSAR VACAS JURADO, RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO	
PROPUESTA DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ARTROSCOPIA DE SUTURA MENISCAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	138
MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO LAFUENTE, LAIA EJARQUE PUERTO	
FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO.	139
DANIEL MARCO LAFUENTE, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, LAIA EJARQUE PUERTO	
INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN ROTURA DEL LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR	140
ALMUDENA ROSA RODRIGUEZ, MARÍA INMACULADA SANTANA REYES, EVA RAMOS MEZCUA	

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS DE CORRER A NIVEL LUMBAR	141
MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS, ANA CELI ORTEGA PARRA	
FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN LA PERIOSTITIS TIBIAL	142
ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS	
LA ACUPUNTURA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR	143
MONICA PEREIRA ARJONA, LAURA ARBOLEDAS MARQUEZ, LUIS JESUS JANDULA LLAVERO	
REVISIÓN SOBRE EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN LA EPICONDILITIS LATERAL	144
MIRIAN HERNÁNDEZ GÓMEZ, PABLO FELIPE ROMERO HERNÁNDEZ, RUBÉN VELASCO REDONDO	
PACIENTE ADULTO CON EPICONDILITIS O SÍNDROME DEL CODO DE TENISTA	145
LAIA EJARQUE PUERTO, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO LAFUENTE	
FRACTURA POR ESTRÉS DEL SEGUNDO METATARSIANO EN CORREDOR	146
ROCÍO LÓPEZ JIMÉNEZ DE RUEDA, MANUEL SOTO RUIZ, SUSANA FERNÁNDEZ GARCÍA	
READAPTACIÓN DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALIANO ANTERIOR TRAS ESGUINCE DE TOBILLO DE SEGUNDO GRADO EN UNA JUGADORA DE BALONCESTO	147
SONIA ALCAIDE BAENA, FRANCISCO CANO PÁRRAGA	
READAPTACIÓN DE UN PACIENTE CON INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO MEDIANTE EJERCICIO TERAPÉUTICO	148
FRANCISCO CANO PÁRRAGA, SONIA ALCAIDE BAENA	
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO	149
SILVIA JIMENEZ HOCES, CRISTINA CAÑO PÉREZ, JUANA ROMERA MORCILLO	
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR	150
SILVIA JIMENEZ HOCES, JUANA ROMERA MORCILLO, CRISTINA CAÑO PÉREZ	
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON EPICONDILITIS	151
SILVIA JIMENEZ HOCES, JUANA ROMERA MORCILLO, CRISTINA CAÑO PÉREZ	

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UNA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y CISTOCELE GRADO 1.....	152
SILVIA JIMENEZ HOCES, CRISTINA CAÑO PÉREZ, JUANA ROMERA MORCILLO	
CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	153
ANTONIO JESÚS GÓMEZ CASAS, ANA MARÍA CANO SÁNCHEZ, NOELIA MARIA REINA PULIDO	
TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN EL HOMBRE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	154
ANDREA GONZALEZ BALLESTEROS, ISABEL MARIA GOMEZ VALERO, GUADALUPE MOLINA TORRES	
UN META-ANÁLISIS SOBRE SI LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR TRAS UN ICTUS MEJORA LA CAPACIDAD MOTORA FUNCIONAL FRENTE A TRATAMIENTO PLACEBO	155
LAURA BADENES-RIBERA, TRINIDAD SENTANDREU-MAÑÓ, JOSE MANUEL TOMAS MIGUEL	
RESULTADO DE MANIPULACIÓN CON THRUST EN COLUMNA DORSAL	156
PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT	
TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CEFALEAS CERVICOGÉNICAS.....	157
AGUSTÍN LEÓN HERNÁNDEZ, CARMEN GONZALEZ GARCIA, MANUEL GARCÍA SÁNCHEZ	
EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN EL VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO	158
LUCIA POYATO SABARIEGO, ROSA MARIA ORTIZ LUQUE, ANTONIA MARIA FERNÁNDEZ VARO, MANUEL FLORES LARA	
HIPERCIFOSIS DORSAL: ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS	159
ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS, ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO	
TENDINITIS DE LA FASCIA LATA EN DEPORTISTAS	160
IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	
PACIENTE JOVEN CON ESGUINCE DE TOBILLO	161
MÓNICA LÓPEZ LOZANO	
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.....	162

CRISTINA VARO CADENAS, ARTURO GUERRERO CIDRES, ANGELA FERNANDEZ
SANCHEZ DE LEON

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN LA FASCITITS PLANTAR.....163

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD
BELTRAN MIRON

**EL BAILE COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS
MAYORES164**

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD
BELTRAN MIRON

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA EL NEUROMA DE MORTON165

ESTHER LLORENS OLMOS, MARIA ESTER QUESADA FUENTES, MONICA JARABA
ARMAS, AITOR GALLASTEGUI GÉREZ

**PUNCIÓN SECA FRENTE A FISIOTERAPIA CONSERVADORA EN TRATAMIENTO
DE CERVICALGIA166**

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD
BELTRAN MIRON

**LA EFICACIA DEL BIOFEEDBACK JUNTO LA ESTIMULACIÓN DEL NERVI
TIBIAL POSTERIOR EN NIÑOS DE ENTRE 8 Y 12 AÑOS CON ENURESIS
NOCTURNA MONOSIMPTOMÁTICA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.167**

AITOR GALLASTEGUI GÉREZ, ESTHER LLORENS OLMOS, MONICA JARABA
ARMAS, MARIA ESTER QUESADA FUENTES

TERMOTERAPIA: EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA TEMPERATURA168

BLASI ROJAS MOLINA, MARIA LOURDES VICIANA MARTINEZ, JOBANNA LUCENA
FERNÁNDEZ

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON HIDROTERAPIA169

ESTHER LLORENS OLMOS, MONICA JARABA ARMAS, MARIA ESTER QUESADA
FUENTES, AITOR GALLASTEGUI GÉREZ

**IMPORTANCIA DE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS DEL TRATAMIENTO
RADIOTERÁPICO EN CÁNCER DE MAMA Y SUS CONSECUENCIAS EN
FISIOTERAPIA170**

ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, EVA ISIDORO CABAÑAS

**APLICACIÓN CLÍNICA DE LA MARCHA NÓRDICA EN CASO DE ESCLEROSIS
SISTÉMICA171**

ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, EVA ISIDORO CABAÑAS

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN
DEL CAMPO VISUAL TRAS ICTUS172**

EVA ISIDORO CABAÑAS, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES

PLATIBASIA: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y PRECAUCIONES EN FISIOTERAPIA

ILDEFONSO HURTADO LARA, MANUEL JESÚS HURTADO LARA, ROSARIO ANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Es una anomalía congénita de la unión cráneovertebral que consiste en su aplanamiento, con un aumento superior a 143° del ángulo formado por la intersección de dos rectas que unen el tubérculo de la silla turca con el nasión y el basión (borde anterior del agujero occipital). No tiene trascendencia clínica en sí misma, aunque suele asociarse a otras anomalías como la impresión basilar y Arnold Chiari.

OBJETIVOS: Determinar los signos radiológicos y síntomas para un correcto y temprano diagnóstico de una platibasia. Identificar los factores a tener en cuenta durante el tratamiento de fisioterapia en pacientes con esta patología.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Pubmed con los descriptores: platybasia, clinical e imaging aspects. Encontrando 8 resultados del cual se selecciona un artículo.

RESULTADOS: En muchos casos, un dolor de cabeza insidioso es el único síntoma. Los estudios de imagen adecuados, así como el reconocimiento de alteraciones neurológicas o sistémicas a menudo asociadas, son necesarios para el diagnóstico temprano y la terapia efectiva. La platibasia influye en la etiopatogenia de la neuralgia del trigémino idiopática, probablemente al alterar la disposición habitual de las estructuras vasculonerviosas alojadas en la fosa posterior, pudiendo ocasionar también dolores de cabeza de origen tanto vascular como nervioso.

CONCLUSIÓN: Los síntomas son la base para la detección temprana de la patología, confirmada posteriormente por técnicas de imagen. Durante el tratamiento de fisioterapia, habrá que tener en cuenta a la hora de movilizar la región cráneoocervical la posible fragilidad de la zona por la asociación frecuente que existe con la impresión basilar.

PALABRAS CLAVE: PLATIBASIA, IMPRESIÓN BASILAR, ARNOLD CHIARI, FISIOTERAPIA, DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.

EFICACIA DE LA HIDROCINESITERAPIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La hidrocinesiterapia utiliza los efectos terapéuticos derivados del ejercicio aeróbico y la hidroterapia. El paciente no solo experimenta los efectos beneficiosos del ejercicio, sino también, de las propiedades físicas del agua.

OBJETIVOS: Conocer, a través de la evidencia científica, los beneficios de la hidrocinesiterapia en pacientes afectados con fibromialgia.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica basada en una búsqueda de información científica en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane de los últimos diez años, empleando las palabras claves: hidrocinesiterapia y fibromialgia.

RESULTADOS: Todos los estudios analizados evidencian una mejora de la sintomatología en los pacientes diagnosticados de fibromialgia tras la realización de actividad física en el medio acuático. Produciéndose una disminución significativa del dolor, fatiga y mejora de la rigidez, del equilibrio, de la calidad del sueño y por tanto del estado anímico. Repercutiendo en una mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

CONCLUSIÓN: Tras los resultados obtenidos, podemos afirmar que la hidrocinesiterapia es una opción de tratamiento no farmacológico eficaz que mejora la sintomatología en pacientes con fibromialgia sobre todo en relación a la percepción del dolor y el estado anímico. El programa de ejercicios debe incluir trabajo de fuerza, movilidad articular y un trabajo de ejercicio aeróbico de intensidad baja-moderada. Se realizarían tres sesiones a la semana, durante un mínimo de tres meses.

PALABRAS CLAVE: HIDROTERAPIA, FIBROMIALGIA, TERAPIA ACUÁTICA, EJERCICIO FÍSICO.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ESPEJO EN LA RECUPERACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR DEL PACIENTE HEMIPARÉSICO TRAS UN ICTUS

CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La recuperación motora tras el ictus ocurre como consecuencia de la plasticidad neuronal. Existen diversas técnicas de rehabilitación que tienen como objetivo facilitar dicha plasticidad en un intento de compensar las deficiencias motoras relacionadas con el ACV, siendo la terapia de observación de la acción una de ellas.

OBJETIVOS: Analizar desde la evidencia científica la efectividad de la terapia espejo para mejorar la funcionalidad del miembro superior en los pacientes con hemiparesia.

METODOLOGÍA: Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, PubMed, PEDro y Cochrane Library, durante los últimos 10 años. Los descriptores que se han empleado para esta búsqueda han sido: Neuronas espejo, extremidad superior, hemiparesia y recuperación funcional.

RESULTADOS: Tras la revisión bibliográfica los estudios demuestran su eficacia terapéutica en pacientes en fase subaguda y crónica postictus. La terapia de espejo mejora el desempeño y el funcionamiento motor de los miembros superiores en pacientes tras un ACV.

CONCLUSIÓN: La terapia de espejo constituye una técnica conservadora efectiva y de bajo coste. Es importante que el tratamiento para recuperar la funcionalidad de miembro superior sea combinado, es decir la terapia convencional con la terapia de espejo para alcanzar mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: NEURONAS ESPEJO, EXTREMIDAD SUPERIOR, HEMIPARESIA, RECUPERACIÓN FUNCIONAL.

ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA

ROSARIO ANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MANUEL JESÚS HURTADO LARA, ILDEFONSO HURTADO LARA

INTRODUCCIÓN: La cifosis de Scheuermann es una deformidad estructural de la columna torácica o toracolumbar, que aparece antes de la pubertad y empeora durante la adolescencia, siendo la causa más frecuente de hipercifosis angular estructural progresiva y dolorosa de la columna torácica o toracolumbar en los adolescentes. Esta patología ha sido bien descrita en términos de presentación clínica y hallazgos radiológicos, sin embargo, su etiología permanece incierta y sus indicaciones de tratamiento son origen de controversia.

OBJETIVOS: Determinar en base a la literatura actual la correcta metodología diagnóstica radiológica y tratamiento de la enfermedad de Scheuermann.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Pubmed con los descriptores scheuermann y disease. Se obtienen 84 resultados de los que se selecciona una revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Estudios recientes han revelado una importante contribución genética a la etiología de la cifosis de Scheuermann con un componente ambiental menor. Su historia natural sigue siendo controvertida, con informes contradictorios sobre la gravedad del dolor y la discapacidad física. Dado que no podemos predecir qué curvas cifóticas progresarán, ni determinar la efectividad del tratamiento ortopédico. La terapia física apenas se menciona en la literatura como un tratamiento efectivo para la cifosis de Scheuermann.

CONCLUSIÓN: Aunque hay poca evidencia de que la terapia física sola pueda alterar la historia natural de la enfermedad de Scheuermann, a menudo se usa como la primera opción de tratamiento. El tratamiento ortopédico parece ser más efectivo si se realiza un diagnóstico precoz, antes de que el ángulo de curvatura exceda los 50° en pacientes que continúan creciendo. El tratamiento quirúrgico rara vez está indicado. Los ensayos clínicos de metodología rigurosa son esenciales para evaluar la eficacia de las intervenciones conservadoras, especialmente diferentes ejercicios y terapias manuales y sus combinaciones con aparatos ortopédicos.

PALABRAS CLAVE: SCHEUERMANN, FISIOTERAPIA, RADIOLOGÍA, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE PATOLOGÍA DE HOMBRO: SÍNDROME SUBACROMIAL

FRANCISCO JESUS ARANDA GARCIA, ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES, INES SEGOVIA AGUILERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 40 años acude derivada por médico rehabilitador al servicio de fisioterapia para valoración fisioterapéutica y tratamiento del diagnóstico médico Patología subacromial en estadio Neer III.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consensuado algoritmo de diagnóstico que diferencia Artrosis, Síndrome subacromial, Capsulitis, lesión en Slap, Disfunción motora de la escápula, Hombro inestable, Mialgia y Rotura del manguito rotador. No incluye hombro hemipléjico ni slap ni rotura del manguito rotador quirúrgico. Cada entidad tiene unos test ortopédicos validados como criterios de confirmación. El paciente será guiado por un algoritmo de tratamiento creado en la unidad. Principios de unidad: Importancia de la cabeza humeral , ángulo de 30° con el plano frontal. Posición más estable en abducción a 90°. Importancia para movilización de la cabeza humeral en superioridad. Uso nuevos paradigmas del dolor para evitar cronificación, "no dar mensajes catastrofistas ni diagnósticos concluyentes que adhieran al paciente a alguna creencia que deje el hombro infuncional". Valoración funcional general se usa el Test de Constant.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome subacromial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el algoritmo los test positivos de Hacwkins, Neer y Jobe positivos sumados a dolor en isométrico en abducción y rotación externa, (sin asociar a drop arm test , ni Scaption test, ni surco ni limitación de mayor de 30 grados en dos grados de movimiento articular) indican Síndrome subacromia.

PLAN DE CUIDADOS: Este paciente se tratará según el algoritmo de tratamiento para el Síndrome Subacromial, que tiene tres fases : 1. Terapia manual y tratamiento postural; 2 Reprogramación neuromotriz; 3 Ejercicios terapéuticos vitales.

CONCLUSIONES: En nuestro servicio se crea un algoritmo de diagnóstico y tratamiento. Aunque el paciente llega con diagnóstico ello no exime al fisioterapeuta de una exploración ortopédica y funcional. La comunidad científica esta tendiendo a eliminar tantas entidades nosológicas y a relacionarlas entre ellas. Los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de patologías de hombro ayudan a mejorar la práctica clínica de nuestro servicio.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ALGORITMO DE TRATAMIENTO, SÍNDROME SUBACROMIAL, ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO.

FISIOTERAPIA Y LA ELECTROMIOGRAFÍA EN PACIENTE CON HEMIPARESIA LATERAL IZQUIERDA

ALBERTO SOTO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El paciente presenta hemiparesia del lado izquierdo con afectación de la marcha e inestabilidad de miembros inferiores, así como acortamiento del tendón de Aquiles con "equinismo". El objetivo de las sesiones fisioterápicas es mejorar el rendimiento articular, involucrar el miembro afectado en las actividades cotidianas, fortalecer la musculatura flácida y relajar la musculatura espástica.

OBJETIVOS: Analizar los resultados de la aplicación de la técnica de Bio- Feedback a un paciente con hidrocefalia y daño cerebral.

METODOLOGÍA: Se aplica técnica de Bio-Feedback a un paciente con hidrocefalia y daño cerebral, se realiza una valoración mediante electromiografía de superficie en los extensores de la mano y pie para posteriormente realizar el tratamiento, con el fin de reducir los tiempos de recuperación y aumentar la funcionalidad.

RESULTADOS: Se realizó al paciente una valoración inicial con electromiografía de superficie y posteriormente recibió tratamiento con técnica de Bio-feedback durante 30 minutos, siendo la respuesta al tratamiento positiva, y tras 2 meses se observa mejora funcional en los extensores de mano y pie de la zona afectada.

CONCLUSIÓN: El Bio-feedback es un avance en Daño Cerebral, puesto que la ganancia funcional en este campo está poco investigada y los resultados con las técnicas fisioterápicas convencionales no tienen resultados tan exitosos en este tipo de patologías.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, HEMIPARESIA, ELECTROMIOGRAFÍA, TÉCNICAS.

FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL LATIGAZO CERVICAL POST-TRAUMÁTICO

JULIAN BRAGA ARBESU, ALBERTO SOTO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El latigazo cervical o también llamado síndrome del latigazo cervical es la rotura o distensión de los tejidos blandos del cuello producidos por una sacudida brusca por aceleración o frenada rápidas y por consiguiente un desplazamiento súbito de la cabeza. Al producirse este movimiento incontrolado los ligamentos y otras estructuras llegan a su máxima elasticidad y al superarla se rompen parte de las fibras. Es muy frecuente en accidentes de circulación.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad y la utilidad de los programas de fisioterapia supervisados y las intervenciones breves en pacientes con trastornos asociados a latigazo cervical.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de ensayos clínicos publicados en los últimos años. Las bases de Datos usadas: Pubmed, Cochrane; Medline. Los descriptores utilizados son: Whiplash Disorder (WAD), latigazo, cervical, tratamiento. Criterios Inclusión: estudios en castellano e inglés de los últimos 5 años.

RESULTADOS: Se seleccionaron 5 estudios, en todos ellos no hay evidencia clara de las ventajas del ejercicio supervisado por fisioterapeutas frente a las intervenciones breves. No parece, por tanto, haber una diferencia significativa entre ambos tipos de tratamiento.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos suponen un beneficio para el paciente, en tanto que evitan la posibilidad de exponerlos a tratamientos innecesarios. Se precisa más investigación sobre los efectos de la terapia de ejercicios para pacientes con LD (Latigazo Cervical), así como valorar nuevas estrategias, tanto en el abordaje individual como profesional.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, LATIGAZO, CERVICAL, FISIOTERAPIA.

ANÁLISIS DE CASO DE FASCIOSIS PLANTAR EN DEPORTISTA

MARTA RÍOS LEÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 32 años, que refiere dolor en el talón del pie izquierdo, localizado en el origen de la fascia plantar en calcáneo de 6 meses de evolución. Presenta dolor en los primeros pasos de la mañana y tras largos períodos de reposo, que valora con 8/10 en Escala Visual Analógica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la inspección visual, se observan ambos arcos internos disminuidos asociado a la pronación del pie. Presenta retracción gastro-sólea asociado a bandas tensas dolorosas a la palpación de tríceps sural izquierdo. También presenta dolor a la palpación de la apófisis medial del calcáneo izquierdo en la zona de inserción de la fascia plantar. Presenta limitada dorsiflexión de tobillo en lado izquierdo en comparación con lado derecho. Se realiza un estudio ecográfico en ambos pies por sospecha de sintomatología que cursa con fasciosis plantar. En él, se observan signos compatibles con fasciosis plantar, puesto que la fascia plantar muestra un engrosamiento subcalcáneo de 5.7 Mm, y de 5.9 Mm a 0.5 Cm del origen, zona en la que además se aprecia la alteración del patrón fibrilar y una imagen hipoecoica.

JUICIO CLÍNICO: Se sospecha de fasciosis plantar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza el diagnóstico diferencial con síndrome del túnel tarsiano, bursitis retrocalcánea, fractura calcánea o tendinopatía del tibial posterior.

PLAN DE CUIDADOS: Se incluye terapia manual, punción seca, ejercicios de estiramiento y ejercicios de fortalecimiento de musculatura intrínseca del pie, asociado a tratamiento ortopodológico e infiltración de Plasma Rico en Plaquetas (PRP).

CONCLUSIONES: Se recomienda tratamiento conservador como primera línea de tratamiento en fasciosis plantar. En este caso, la infiltración con PRP, se consideró como opción terapéutica en combinación con fisioterapia y tratamiento ortopodológico debido a degeneración de fascia plantar, presente ecográficamente, correlacionado con la localización del dolor.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, FASCIOSIS PLANTAR, DIAGNÓSTICO, DOLOR.

TRATAMIENTO COMBINADO DE ELECTROLISIS Y EXCÉNTRICOS EN UNA ROTURA DE RECTO ANTERIOR DEL CUÁDRICEPS CON FIBROSIS

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: Las Roturas musculares se producen por un requerimiento excesivo de las fibras musculares, que al llegar a su límite se rompen en mayor o menor medida. Una de las técnicas que vamos a utilizar es la electrolisis. Para este tipo de lesión la electrolisis busca romper la fibrosis producida por una mala cicatrización. Es una técnica que consiste en aplicar una corriente galvánica a través de una aguja de acupuntura sobre la fibrosis creada en la cicatrización del músculo. La segunda técnica es ejercicio excéntrico sobre el recto anterior. Con este tipo de ejercicios lo que buscamos es una restructuración de las fibras musculares y evitar la fibrosis.

OBJETIVOS: Analizar información sobre la efectividad del tratamiento de una rotura muscular sobre el recto anterior del cuádriceps, usando electrolisis y ejercicios excéntricos.

METODOLOGÍA: Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed y Google Académico). Esta búsqueda arrojó 15 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: En primer lugar todos los autores aplican la electrolisis y a continuación el trabajo excéntrico. Por norma general se realizan de 3 a 5 sesiones. La revisión bibliográfica nos da como resultado que el uso combinado de ambas terapias, favorece la eliminación de fibrosis en la cicatrización y una mejor estructuración de las nuevas fibras musculares, frente a otras terapias convencionales.

CONCLUSIÓN: Usando la electrolisis y los ejercicios excéntricos es la manera más rápida y efectiva de tratar una rotura muscular.

PALABRAS CLAVE: ROTURA MUSCULAR, ELECTROLISIS, EJERCICIOS EXCÉNTRICO, REHABILITACIÓN.

LESIÓN DE TENNIS LEG Y SUS FASES EN LA RECUPERACIÓN

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La lesión de tennis leg es una lesión deportiva, la cual cursa con rotura muscular. Se suele romper en las uniones musculares entre gemelo interno-soleo o gemelo externo-soleo y en la unión miotendinosa entre soleo y tendón de Aquiles. Suele ser una lesión que se produce cuando el musculo esta frio y en fase excéntrica o se encuentra fatigado. Analizaremos los pasos a seguir para una pronta recuperación.

OBJETIVOS: Se va a realizar una revisión bibliográfica sobre el tratamiento de la lesión del Tennis Leg y sus fases en el proceso de recuperación de dicha lesión.

METODOLOGÍA: Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed y Google Académico). Esta búsqueda arrojó 10 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: Todos los autores consultados en la revisión bibliográfica separan el proceso lesional en 3 fases. Fase aguda: Durante las primeras 48 horas, aplicaremos hielo, reposo, compresión y a las 48 horas realizaremos una eco para ver el alcance de la lesión. Fase de tratamiento: Lo más importante es que la cicatriz de la rotura no se fibrose y crear una buena unión entre tejidos. El fisioterapeuta realizara ejercicios excéntricos suaves, masaje descontracturante, estiramientos y trabajar el rango de movimiento de nuestro tobillo. Fase de readaptación: En esta fase, la rotura muscular esta cicatrizada y lo que buscamos es una readaptación a la actividad deportiva. Las pautas a seguir son entrenamientos de propiocepción, ejercicios excéntricos, empezar con los concéntricos y masajes descontracturantes.

CONCLUSIÓN: Es una lesión que no suele tener un periodo de recuperación largo y con buena clínica. Si durante la práctica deportiva cuidamos los descansos, la hidratación y calentamos, es mucho más complicado sufrir este tipo de lesiones.

PALABRAS CLAVE: ROTURA MUSCULAR, REHABILITACIÓN, TENNIS LEG, PROPIOCEPCIÓN.

TRABAJO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La prótesis de cadera consiste en una sustitución parcial o total de la articulación acetábulo-femoral. Por norma general suele ser una intervención que se realiza a personas de edad avanzada o con un fuerte desgaste físico. No suele ser común en personas jóvenes o de edad media y en estos casos, suelen ser de origen traumático. Analizaremos los beneficios y protocolos a seguir en rehabilitación según los autores consultados.

OBJETIVOS: Analizar información sobre la efectividad del tratamiento de fisioterapia en una prótesis de cadera.

METODOLOGÍA: Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed y Google Académico). Esta búsqueda arrojó 11 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: En los tratamientos con prótesis de cadera, todos los autores coinciden en varios puntos. En primer lugar, es imprescindible comenzar la rehabilitación lo antes posible para evitar las adherencias pos operación. En segundo lugar, trabajaremos sobre la limitación del rango articular, adherencias en cicatrices y comenzaremos con la potenciación. Por último, lugar realizaremos ejercicios de reeducación de la marcha y propiocepción. Es un protocolo bastante estandarizado y coinciden la mayoría de los autores.

CONCLUSIÓN: Después de la intervención quirúrgica, la fisioterapia es primordial para una pronta recuperación y la vuelta a la vida normal.

PALABRAS CLAVE: CADERA, PROPIOCEPCIÓN, PRÓTESIS, REHABILITACIÓN.

TRABAJO DE FISIOTERAPIA EN LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: El ligamento cruzado anterior es un ligamento que tiene como función participar en la estabilización de la rodilla junto a otros 3 ligamentos. Este ligamento suele lesionarse cuando nos encontramos en flexión de la rodilla y bruscamente realizamos rotación externa. Cuando sufrimos una rotura completa del cruzado anterior la única manera de reconstruirlo es quirúrgicamente y comenzar un proceso largo de rehabilitación. En esta lesión el proceso de rehabilitación suele ser entorno a los 6 meses.

OBJETIVOS: Analizar el trabajo de fisioterapia en una rotura del ligamento cruzado anterior después de ser intervenido quirúrgicamente.

METODOLOGÍA: Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed) y buscadores como google académico. Esta búsqueda arrojó 12 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: El proceso de rehabilitación se encuentra entre 6 y 9 meses, que se divide en tres partes: Durante el primer mes se trabajará sobre la cicatriz para eliminar adherencias e isométricos para ir ganando poco a poco tono muscular. A partir del segundo mes realizaremos ejercicios de flexibilización e iremos ganando arco articular de forma progresiva hasta alcanzar los 135°. Esta fase dependerá de cómo vayamos progresando en las dos anteriores. Consiste en ir ganando fuerza muscular, trabajar la propiocepción y reeducación de la marcha.

CONCLUSIÓN: Una rehabilitación precoz y cuidadosa puede conseguir que nuestra rodilla vuelva a la actividad deportiva sin problemas.

PALABRAS CLAVE: LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, REEDUCACIÓN, PROPIOCEPCIÓN, REHABILITACIÓN.

FISIOTERAPIA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN ROTULIANA

JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ, MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO

INTRODUCCIÓN: La luxación rotuliana es una lesión común de rodilla consistente en el desplazamiento completo de la rótula del surco troclear del fémur, acompañado en la mayoría de los casos de ruptura del ligamento patelofemoral medial. La terapia apropiada actualmente sigue siendo un tema controvertido, con altas tasas de recurrencia después del tratamiento conservador.

OBJETIVOS: Esta revisión pretende identificar las diferencias entre el abordaje quirúrgico o conservador de la luxación rotuliana y el papel de la fisioterapia en dicha rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas en la bases de datos Pedro, Pubmed y Biblioteca Cochrane utilizando los descriptores y términos Mesh "rótula", "patellar dislocation" y "physical therapy modalities" y limitando la búsqueda a resultados de los últimos 5 años. Se obtuvieron un total de 26 referencias de las cuales 6 cumplieron los criterios de inclusión de la revisión.

RESULTADOS: No hay pruebas suficientes que orienten entre la idoneidad de un abordaje quirúrgico o conservador en la rehabilitación de la luxación rotuliana, sin embargo los pacientes intervenidos quirúrgicamente obtienen menores tasas de luxación recurrente posterior, incluso después de un seguimiento de dos años. En el caso de que la luxación primaria se acompañe de lesión medial del ligamento patelofemoral el tratamiento quirúrgico sí ha logrado mejores resultados clínicos y funcionales respecto a la terapia conservadora. También será preferible la cirugía en el caso de luxaciones muy recidivantes, por lo que hay que habrá que estudiar las características específicas de cada lesión.

CONCLUSIÓN: Aunque la evidencia científica no determina con claridad entre la opción conservadora o quirúrgica en la rehabilitación de la luxación rotuliana, si muestra que las intervenidas obtienen menos recidivas incluso dos años después. Aunque siempre hay que considerar la opción conservadora, la cirugía será el tratamiento de elección en luxaciones que se acompañen de lesión medial del ligamento patelofemoral y en aquellas lesiones muy recurrentes.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, CIRUGÍA, LUXACIÓN, ROTULIANA, RÓTULA.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LOS NIÑOS CON MARCHA DE PUNTILLAS IDIOPÁTICA

CARMEN AGUILA CORTES, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO, JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La marcha de puntillas idiopática consiste en caminar sobre los dedos de los pies, sin apoyo del talón, siendo capaces de realizar una marcha con apoyo del talón cuando se les indica.

OBJETIVOS: Analizar, a través de la evidencia científica si resulta efectivo o no el tratamiento de fisioterapia en el abordaje de la marcha de puntillas idiopática en los niños.

METODOLOGÍA: Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus y PEDro, durante los últimos 10 años. Empleando los descriptores: toe walking, idiopathic, children, physiotherapy.

RESULTADOS: Los estudios analizados muestran que con el tratamiento de fisioterapia se consigue una mejora de la movilidad, la elasticidad, la fuerza, la propiocepción, así como el control postural y del patrón de la marcha.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica podemos afirmar que un programa de fisioterapia basado en estiramientos, terapia manual y ejercicio activo terapéutico es efectivo en el tratamiento de la marcha de puntillas idiopática en los niños.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, NIÑOS, IDIOPÁTICA, MARCHA DE PUNTILLAS.

LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: TÉCNICAS RESPIRATORIAS PARA ENFERMERÍA

CRISTINA LEAL TORREALBA, SANDRA JURADO CONTRERAS, MARÍA SOLEDAD JIMÉNEZ PICAZO

INTRODUCCIÓN: La fisioterapia respiratoria es un conjunto de técnicas y cuidados encaminados a mantener permeable la vía aérea, mejorar la ventilación y aumentar la eficacia respiratoria.

OBJETIVOS: Determinar las diferentes técnicas respiratorias para mejorar la eficacia respiratoria en los pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre fisioterapia respiratoria consultando en las bases de datos Medline y PubMed Central. Los criterios de inclusión han sido artículos en inglés, castellano, portugués. Artículos publicados en los últimos 15 años. Se utilizaron descriptores en español: “fisioterapia”, “respiratoria”.

RESULTADOS: El drenaje postural facilita el drenaje gravitacional con la adopción de diversas posturas que verticalicen las vías aéreas de cada segmento o lóbulo pulmonar. La percusión torácica consiste en dar palmadas, de una manera rítmica, con las manos huecas. La vibración torácica se aplica con las manos, o las puntas de los dedos, sobre la pared torácica y sin despegarlas se genera una vibración durante la espiración. Los ejercicios de expansión torácica se llevan a cabo con la realización de inspiraciones máximas sostenidas mediante una apnea breve al final de aquellas, seguidas de una espiración lenta pasiva. La educación de la tos es una técnica que consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda, durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de las secreciones. Los ejercicios respiratorios disminuyendo el trabajo respiratorio, mejorando la oxigenación y aumentando la función respiratoria.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia respiratoria juega un rol importante en los pacientes encamados, con respiración artificial, pre- y post-operatorios entre otros mucho, siendo muchos de ellos los que desarrollan complicaciones a nivel pulmonar. Por ello, es importante para el personal de enfermería promover un patrón respiratorio óptimo simplemente conociendo diferentes técnicas que van a ayudar a la movilización de secreciones, aumentar la capacidad ventilatoria del paciente.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, CAPACIDAD RESPIRATORIA, TÉCNICAS RESPIRATORIAS, ENFERMERÍA.

USO DE ORTESIS PARA REEDUCAR EL PIE CAÍDO CON MARCHA EN ESTEPAJE

LAURA MORENO GONZALEZ, MILAGROS CASAL SANCHEZ, MARIANO FERNÁNDEZ ROMÁN

INTRODUCCIÓN: El pie caído es la incapacidad de realizar la flexión dorsal del pie debido a un trastorno neuromuscular. A la hora de caminar, el paciente presenta una marcha patológica llamada "marcha en estepaje". Con un tratamiento rehabilitador adecuado y el uso de algunas ortesis es posible corregir en parte esta alteración.

OBJETIVOS: Conocer la posibilidad del uso de ortesis para reeducar la marcha en pacientes con el pie caído y "marcha en estepaje".

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en base de datos de Medline, Medes y PubMed en octubre del 2017. Los descriptores utilizados fueron: pie caído, ortesis, rehabilitación.

RESULTADOS: Según los artículos consultados comprobamos que el pie caído es una alteración neuromuscular que puede ser temporal o permanente. Las causas más frecuentes son: compresión del nervio peroneo (hernia discal, lesiones medulares, espondilolistesis...) y trastornos cerebrales (esclerosis lateral amiotrófica, accidente cerebrovascular...). Esto implica la imposibilidad de realizar la flexión dorsal del tobillo, por lo que al realizar la marcha arrastra la punta del pie y necesita hacer una flexión de rodilla. Con el uso de algunas ortesis el pie se mantiene en flexión dorsal y permite que la marcha sea más normal y menos costosa para el paciente.

CONCLUSIÓN: En la reeducación de la marcha de un paciente con pie caído es importante valorar el uso de ortesis que controlen la postura del pie y normalicen la marcha.

PALABRAS CLAVE: ORTESIS, PIE CAÍDO, MARCHA EN ESTEPAJE, REEDUCACIÓN.

VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA INICIAL EN PACIENTES CON HOMBRO DOLOROSO

LAURA MORENO GONZALEZ, MILAGROS CASAL SANCHEZ, MARIANO FERNÁNDEZ ROMÁN

INTRODUCCIÓN: El hombro doloroso es una patología bastante frecuente que precisa tratamiento rehabilitador. En ella suelen estar implicadas numerosas estructuras de esta compleja articulación. Es importante por ello identificar cuales están afectadas para así realizar un tratamiento de fisioterapia más adecuado. Para ello, existen maniobras exploratorias que nos ayudarán a realizar una valoración más acertada.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de la valoración de Fisioterapia inicial en pacientes con hombro doloroso.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica narrativa en base de datos médicas Medes y PubMed en el mes de octubre de 2017. Los descriptores utilizados han sido: pruebas, hombro doloroso y fisioterapia.

RESULTADOS: Con una buena exploración del hombro y mediante la realización de algunas pruebas conseguiremos valorar al paciente de forma adecuada. Algunas de estas maniobras son: Arco doloroso, Neer, Hawkins-Kennedy, Yocum, Jobe, Signo del brazo caído, Patte, prueba del infraespinoso, Signo de Napoleón, Gerber, Speed, Yergason y Signo de Popeye. Así conoceremos que estructuras tendinosas y musculares tiene afectadas y, por tanto, que tratamiento de Fisioterapia es el más adecuado: estiramientos musculares y tendinosos, ejercicios de potenciación de diferentes grupos musculares y/o medidas antiálgicas.

CONCLUSIÓN: La valoración de Fisioterapia inicial en pacientes con hombro doloroso es fundamental para determinar que estructuras musculoesqueléticas están afectadas y que tratamiento de Fisioterapia es el más adecuado según la lesión que presente.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO DOLOROSO, FISIOTERAPIA, VALORACIÓN, PRUEBAS EXPLORATORIAS.

NEUROPATÍA TRAUMÁTICA DEL NERVIOS RADIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

BLAS MILLAN MOLINA, CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 39 años, trabajador agrario eventual, sufre una caída apoyando todo su peso en la mano, la cual se encontraba en flexión máxima. Inmediatamente al traumatismo se produce dolor intenso e impotencia funcional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Motricidad y sensibilidad normal en el brazo. Caída de la muñeca y de los dedos. No puede realizar supinación ni extensión de la muñeca de manera activa por lo que utiliza un dispositivo ortopédico para mantener la posición neutra de la muñeca.

JUICIO CLÍNICO: Puesto que la forma de la caída, exploración y pruebas complementarias nos indican una parálisis del nervio radial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la curva I/T A/T objetivamos que el nervio tarda en repolarizarse, sin capacidad de acomodación, sin contracción mantenida. Con EMG observamos actividad neuromuscular mínima que nos indica una lesión parcial del nervio pero con capacidad de recuperación entre 5-30 semanas.

PLAN DE CUIDADOS: Se sugiere un protocolo de rehabilitación diario con terapia combinada orientada a la regeneración de la fibra nerviosa y el mantenimiento de la musculatura compuesto por ejercicios pasivos y activo asistidos de los movimientos afectados por la parálisis combinado con electroterapia de impulsos triangulares.

CONCLUSIONES: Se produjo la restauración completa en 6 semanas de tratamiento. Se considera muy eficaz la aplicación de electroterapia combinada con ejercicios de rehabilitación en la parálisis de un nervio.

PALABRAS CLAVE: NERVIOS RADIAL, PARÁLISIS, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN.

CERVICALGIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

BLAS MILLAN MOLINA, CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 22 años, estudiante, con cervicalgia desde hace 4 años pero lleva año y medio con dolor diario. El dolor está localizado en ambos trapecios y le impide realizar sus actividades de la vida diaria con normalidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor de intensidad alta. El dolor mejora con aines y reposo a favor de la gravedad (acostada) pero empeora con cualquier actividad. Pérdida de rango activo en las rotaciones, inclinaciones y flexión con puntos gatillo en ambos trapecios dolorosos a la palpación. Postura con hombros caídos hombros en antepulsión y cervical alta en extensión. No siente mejoría con tratamientos de pasivos de fisioterapia y osteopatía. Escala visual analógica del dolor 9/10, Test ligamentos alares negativo, test ligamento transversal negativo, test de Jackson negativo y test de Klein negativo.

JUICIO CLÍNICO: Las pruebas clínicas indican cervicalgia mecánica puesto que los síntomas empeoran con la actividad y con el mantenimiento de la postura encontrándose puntos gatillos en ambos trapecios músculos importantes en la estabilidad cervical y de hombros. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No se requiere RX puesto que se descartan problemas artrósicos o fracturas. Tras la RM no se advierte nada relevante.

CONCLUSIONES: Se sugiere un protocolo de 6 semanas de duración. La primera semana terapia manual para ganar rango de movimiento. Las 5 semanas siguientes se realizan ejercicios de control motor para mejorar la postura cervical y de hombros. Se realiza un seguimiento a los tres meses EVA 0/10 (continúa haciendo los ejercicios en casa) y a los 6 meses EVA 5/10 (no realiza a diario los ejercicios). Se advierte la importancia de ejercicio específico continuado en el tiempo para mantener la mejoría.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA MANUAL, DOLOR CERVICAL, FISIOTERAPIA, CONTROL MOTOR.

LA EFICACIA DE LA MANIPULACIÓN ESPINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA

BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, CRISTINA ROBLES MOLINA

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar se ha convertido en una de las enfermedades más comunes de la raza humana, comporta una sensación de agotamiento, discapacidad y una frecuente causa de bajas laborales. La mayor parte de los casos de dolor lumbar son idiopáticos y su exacta etiología permanece desconocida. Tiene una prevalencia del 25%-45% pudiendo acabar el dolor crónico entre el 3%-7%. Hay evidencia contradictoria si los tratamientos producen la mejoría o es la evolución natural de la enfermedad de aquí por lo que se hace esta revisión.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la manipulación espinal en el tratamiento de la lumbalgia en la reducción del dolor y en la disminución de la discapacidad.

METODOLOGÍA: En este estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica del papel de la manipulación vertebral en la lumbalgia en la base de datos Pubmed, Enfispo, Scielo obteniéndose un total de 144 artículos e incluyendo 12, todos aquellos publicados entre 2002 y 2017.

RESULTADOS: Los múltiples estudios se encargan de presentar la manipulación espinal en ensayos clínicos de manera aislada, como utilizada con placebo o usada con otro tipo de terapia física o medicación.

CONCLUSIÓN: La manipulación espinal tiene eficacia en la mejoría del dolor y la discapacidad lumbar a corto plazo y con sesiones de tratamiento mantenidas. Mayor mejoría combinada con medicación o ejercicio y mejoría a largo plazo manteniendo con ejercicio.

PALABRAS CLAVE: MANIPULACIÓN ESPINAL, TERAPIA MANUAL, FISIOTERAPIA, DOLOR LUMBAR.

PACIENTE CON LUMBALGIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, CRISTINA ROBLES MOLINA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 59 años, ama de casa, sufre episodios ocasionales de dolor lumbar desde los 30 años, siendo diario en los últimos dos años. El dolor está localizado en la parte lumbar baja sin irradiación a los miembros inferiores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor intenso en la zona lumbar dependiente de actividad. Mejora en posiciones desgravitadas como estar tumbado o en cuadrupedia. Postura con predominante lordosis lumbar y anteroversión de la pelvis con debilidad de los flexores de cadera y oblicuos. Aumento de tono de la musculatura paravertebral siendo dolorosa en los segmentos L4-L5 y S1. Escala visual analógica del dolor 7/10, Test Oswestry(1) 44%, Lassege y Bragard negativo que descartan signo neural.

JUICIO CLÍNICO: Las pruebas clínicas indican lumbalgia mecánica puesto que los síntomas empeoran con la actividad neuromuscular y no hay presencia de signos neurales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** RX de control para descartar fracturas. Se observan pequeños signos artrósicos lumbares que pueden explicar la presencia del dolor lumbar mantenido. Resonancia magnética descarta la existencia de hernias y roturas de tejidos blando.

CONCLUSIONES: Se sugiere un protocolo de rehabilitación durante 6 semanas combinando fisioterapia para disminuir tono muscular paravertebral y mejorar la movilidad segmentaria lumbar con fortalecimiento abdominal (oblicuos) y de los flexores de cadera. Al final de las 6 semanas ha habido mejoría EVA 3/10 y Oswestry 29%.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA MANUAL, DOLOR LUMBAR, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN.

FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ, MERCEDES MORENO ALMAGRO

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Dupuytren (ED) es una alteración progresiva, fibroproliferativa benigna, que afecta al tejido conectivo de la palma y los dedos de la mano. Actualmente, se desconocen las causas que predisponen, o desencadenan, el desarrollo de la enfermedad, la causa primaria que la produce, y su ulterior patogenia.

OBJETIVOS: Analizar los factores de riesgos que pueden dar lugar a la enfermedad de Dupuytren.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre el tema en las bases de datos científicas: Scopus, PubMed, Cochrane y PEDro. Los descriptores utilizados fueron: "risk factors", "Enfermedad de Dupuytren", "Dupuytren Disease" y "factores de riesgo". Se aplicaron los siguientes filtros: idioma (español e inglés), tipo de artículo (ensayo clínico aleatorizado), puntuación escala PEDro (superior a 6) y haber sido publicados en los últimos 5 años (2012-2017) y estar disponible a texto completo. De los artículos encontrados (107), sólo 18 de ellos cumplían todos los requisitos para un análisis detallado.

RESULTADOS: En la búsqueda se encontraron los siguientes hallazgos respecto a la ED: Tiene predisposición genética. Se desarrolla con mayor facilidad en hombres de raza blanca mayores de 50 años. Su aparición no está relacionada directamente con trabajos que impliquen esfuerzo físico.

CONCLUSIÓN: Los mecanismos de aparición de EC son multifactoriales y sería necesario estudiarlos más a fondo y desarrollar métodos de prevención de esta enfermedad que ocasiona tanta impotencia funcional.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE DUPUYTREN, FACTORES DE RIESGO, DEDOS, PALMA DE LA MANO, ALTERACIÓN PROGRESIVA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

MANUEL RODRÍGUEZ HUGUET, JORGE MANUEL GÓNGORA RODRÍGUEZ, ELIAS KFOURY KFOURY

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria es una disfunción de suelo pélvico, que se manifiesta con pérdidas involuntarias de orina. Ésta tiene en mujeres una prevalencia con una media situada alrededor del 35·14%. El Biofeedback es una forma de tratamiento indolora y efectiva, para la mejora del suelo pélvico y por tanto de la disfunción.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de la Fisioterapia en la incontinencia urinaria.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Science Direct y Pedro) y en el buscador Google Académico. Criterios de inclusión: Artículos que recojan información sobre la aplicación de la incontinencia urinaria. Ensayos clínicos aleatorizados y revisiones bibliográficas. Estudios publicados en los últimos 10 años. Criterios de exclusión: Artículos escritos en otro idioma que no fuesen en Inglés y Español.

RESULTADOS: Fátima Faní et al. Llegaron a la conclusión que el la técnica biofeedback junto a otro tratamiento, mejora la calidad de vida de los pacientes. Fátima Faní et al. Realizaron un estudio piloto para la medición de la fuerza, resistencia y calidad de vida. Los resultados fueron positivos pero se demostró la necesidad de un tratamiento conjunto con la musculatura del suelo pélvico. Benjamin Dillon et al. Defienden que la aplicación del biofeedback como técnica de tratamiento sí es efectiva pero proponen la realización de mayores estudios tanto en variables como mediciones a largo plazo. Joy A. Et al. Realizaron un ensayo clínico para comparar u tratamiento de suelo pélvico con biofeedback y sin él mismo. Los resultados demostraron mejora mayor en el grupo con la técnica descrita pero no significativa a nivel estadístico con el otro grupo.

CONCLUSIÓN: La técnica biofeedback mejora el tratamiento de la incontinencia urinaria pero no muestra resultados significativos a nivel estadístico comparándolo con el tratamiento sin la técnica propuesta.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, SUELO PÉLVICO, INCONTINENCIA URINARIA, BIOFEEDBACK.

EL MÉTODO MCKENZIE COMO TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO

ESTEFANIA CLAVERO CANO, MANUELA JIMÉNEZ CASTILLO, MARÍA VICENTA LORENZO MORIANA

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar es un problema que afecta en torno al 70-80% de la población en algún momento de su vida, siendo en un 85% de los casos de etiología desconocida. En el origen de este dolor lumbar se encuentran factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su proceso de cronificación. Es el mayor responsable de incapacidad y de absentismo laboral con el consiguiente elevado coste económico y deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen. El Método McKenzie (MMK) es un método reconocido internacionalmente de evaluación y tratamiento para la columna, desarrollado en Nueva Zelanda por el fisioterapeuta Robin McKenzie. El MMK es una filosofía que involucra y educa al paciente de una forma activa, siendo uno de los métodos que dispone de la mayor evidencia científica.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad del método McKenzie en el tratamiento del dolor lumbar crónico.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura científica en las bases de Datos: Pubmed, Scielo, PEDro y ScienceDirect; con una limitación temporal de 10 años y escritos en Español o Inglés. Se han utilizado las siguientes palabras clave: Método McKenzie/ McKenzie method; dolor lumbar/low back pain, fisioterapia/physiotherapy; y efectividad/ effectiveness, encontrando 47 artículos. Se realiza un filtrado manual obteniendo un resultado final de 15 referencias bibliográficas.

RESULTADOS: En los artículos analizados, se compara el MMK con otras modalidades de tratamiento, como: técnicas de energía muscular, manipulaciones vertebrales, ejercicios de Escuela de Espalda y otras terapias convencionales. Según los resultados obtenidos, el MMK tiene mejores resultados a corto plazo en términos de mejora del dolor y de la incapacidad funcional, aunque los datos son insuficientes para valorar la eficacia a largo plazo.

CONCLUSIÓN: El MMK muestra ser más efectivo que otros tratamientos convencionales para el dolor lumbar crónico, disminuyendo el dolor, la discapacidad y el riesgo de recurrencia.

PALABRAS CLAVE: MÉTODO MCKEMZIE, DOLOR LUMBAR, FISIOTERAPIA, EFECTIVIDAD.

PREVENCIÓN DE LESIONES DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN FÚTBOL FEMENINO

INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES

INTRODUCCIÓN: Las repercusiones negativas a nivel económico, deportivo, personal y social que tiene la lesión del ligamento cruzado anterior hacen que se considere una lesión grave en el mundo del fútbol. Este diagnóstico está teniendo mayor incidencia en el sexo femenino, género que poco a poco consigue su integración dentro de este deporte. Por tanto, hemos considerado indispensable realizar búsquedas sobre métodos de prevención de esta lesión en mujeres adolescentes que practiquen fútbol.

OBJETIVOS: Revisar las intervenciones y programas de prevención de lesiones de LCA realizados en fútbol femenino y comparar su eficacia para dilucidar un programa de prevención de LCA válido para las mujeres que practican este deporte.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión sobre los programas de prevención de lesiones del ligamento cruzado anterior en las principales bases de datos biosanitarias. Obtenemos 60 estudios, que tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se redujeron a 6. Solo se admitieron estudios cuya población diana fuesen mujeres.

RESULTADOS: La mayoría de estudios reflejan un efecto beneficioso de los programas de prevención, con mayor o menor diferencia significativa. De igual manera, también existen estudios que no ofrecen un efecto significativamente favorable sobre la prevención de lesiones de LCA, pero nunca influyen negativamente sobre la incidencia de lesiones.

CONCLUSIÓN: Tras comparar los estudios, concluimos que un programa de prevención a modo de calentamiento (de 15 a 20 minutos) varios días a la semana durante toda la pretemporada y temporada puede tener un efecto positivo para prevenir lesiones de LCA en mujeres adolescentes que practican fútbol. Asimismo, se requieren más estudios que investiguen estos métodos de prevención para adquirir un programa más completo y eficaz de forma que se erradique en mayor medida la aparición de estas graves e invalidantes lesiones cuyas consecuencias pueden llegar a ser muy perjudiciales para las mujeres adolescentes que practican este popular deporte.

PALABRAS CLAVE: LCA, MUJERES, FUTBOL, PREVENCIÓN.

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA EN EL TRAUMA PERINEAL

INES ROJAS SERRANO, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: El embarazo y el parto se presentan como dos de los principales factores que pueden dañar y alterar el suelo pélvico de la mujer. En el embarazo aumenta la presión a nivel perineal por el crecimiento progresivo del feto, y durante el parto se produce una importante distensión de los tejidos, a lo cual se le suma el trauma perineal generado por el propio proceso, así como aquel que puede derivarse del uso de instrumental o la realización de la episiotomía. Sin embargo, la fisioterapia obstétrica y ginecológica, área aún muy desconocida de la fisioterapia, nos proporciona multitud de herramientas que nos permiten actuar durante la preparación al parto y en el postparto, preparando el suelo pélvico y evitando las posibles secuelas.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la Fisioterapia Obstétrica y Ginecológica en embarazadas como herramienta de prevención tanto de episiotomías y traumas perineales como futuras repercusiones en el suelo pélvico de la mujer.

METODOLOGÍA: La búsqueda se realizó en tres bases de datos (PubMed, Scopus y Science Direct). Los criterios de exclusión fueron que la muestra fuera menor a 30 participantes y que las mujeres embarazadas no sufrieran previamente incontinencia urinaria ni se les hubiese realizado episiotomía.. Se analizaron 6 artículos.

RESULTADOS: La resultados muestran que los ejercicios del suelo pélvico disminuyen la incontinencia urinaria y de episiotomías. Las episiotomías también se ven reducidas por el masaje perineal, cuyos beneficios se extienden además a la disminución de los desgarros y traumas perineales.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia obstétrica constituye una herramienta que permite prevenir y minimizar los posibles problemas derivados del embarazo y parto. Proporciona una pronta y mejor recuperación postparto, contribuyendo además a reducir la necesidad de realizar episiotomías, y colaborando a asegurar la integridad de la musculatura del suelo pélvico y el bienestar de la mujer.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, INCONTINENCIA, EPISIOTOMÍA, PREVENCIÓN, PERINEO, FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA.

CAMBIOS CORTICALES EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO: REVISIÓN TEÓRICA

INES ROJAS SERRANO, FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Dentro del ámbito socio-sanitario nos encontramos que el Dolor Lumbar Crónico es una de las patologías de mayor incidencia. En los últimos años se han propuesto nuevos enfoques y abordajes al problema de la lumbalgia crónica. Las nuevas investigaciones señalan las modificaciones en la corteza cerebral como factor a tener en cuenta en dicha patología. Por tanto, esta nueva visión está provocando cambios en la forma de entender y elaborar los tratamientos para el dolor lumbar crónico.

OBJETIVOS: Conocer la relación existente entre el dolor lumbar crónico y los cambios en la corteza cerebral. Determinar si los cambios son principalmente a nivel motor o sensorial y plantear la necesidad de tener en cuenta el sistema nervioso central a la hora del tratamiento.

METODOLOGÍA: Se han consultado 6 bases de datos: PubMed, CINAHL, PEDRro, ENFISPO y Dialnet. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión realizamos la revisión de 7 artículos.

RESULTADOS: Obtenemos una gran heterogeneidad en los resultados. Sin embargo encontramos puntos comunes en los artículos que nos llevan a pensar que la relación entre el dolor lumbar crónico y los cambios corticales son una realidad.

CONCLUSIÓN: Aunque no están claras sus características parece existir relación entre la corteza cerebral y el dolor lumbar crónico. Los estudios tienen una metodología en general pobre por lo que las conclusiones no son significativas. Aún así, para mejorar el resultado de los tratamientos de esta patología, la Fisioterapia podría involucrarse en este enfoque.

PALABRAS CLAVE: LUMBALGIA, CAMBIOS CORTICALES, FISIOTERAPIA, CORTEZA CEREBRAL, DOLOR CRÓNICO.

DRENAJE POSTURAL PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SOMETIDOS A RESPIRACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

FATIMA RIVAS REYES, ESTELA GALLARDO LÓPEZ, DOLORES JIMENEZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: El drenaje postural es un medio para movilizar las secreciones de uno o mas segmentos pulmonares hacia las vías respiratorias centrales colocando al paciente en distintas posiciones para que la fuerza de la gravedad ayude al proceso del drenaje, facilitando así la salida de la secreciones bronquiales.

OBJETIVOS: Determinar una guía de actuación que permita dar continuidad a los ejercicios respiratorios sin la presencia del fisioterapeuta.

METODOLOGÍA: Trabajo descriptivo multidisciplinar (fisioterapeuta-enfermería) sobre la adaptación del drenaje postural respiratorio al paciente con IRA sometido a VMNI. Revisión bibliográfica para la confección de una guía que permita instaurar pautas de actuación para el personal de enfermería.

RESULTADOS: Prevenir el acumulo de secreciones, movilizarlas hacia segmentos pulmonares centrales para poder ser expulsadas y así mejorar la ventilación alveolar. Detectar contraindicaciones que pueda presentar el paciente.

CONCLUSIÓN: Debido a la complejidad del paciente y la asociación a VMNI, se hace necesario disponer de una guía que unifique y facilite los cuidados enfermeros dirigidos a mejorar el drenaje postural respiratorio y evitar posibles complicaciones. El trabajo multidisciplinar permite complementar los cuidados enfermos y permite incrementar la calidad de los cuidados dados al paciente.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE, POSTURAL, SECRECCIONES, VENTILACIÓN, MECÁNICA.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE DUCHENNE

MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL,
NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA
LEANTE

INTRODUCCIÓN: La distrofia muscular de Duchenne es una enfermedad hereditaria, causada por mutaciones en el gen de la proteína distrofina. Se caracteriza por debilidad muscular progresiva y simétrica, que comienza en la infancia y afecta a los músculos de las extremidades inferiores, extremidades superiores y tronco. El diagnóstico se realiza a los 3-5 años, precisan silla de ruedas entre los 6 y 12 años de edad y desarrollan insuficiencia respiratoria antes de la segunda década de la vida. El pronóstico es malo, pues fallecen entre los 10 y 20 años, siendo la causa más frecuente de muerte la insuficiencia respiratoria.

OBJETIVOS: Explicar cuáles son las principales funciones de la fisioterapia respiratoria en pacientes Duchenne, así como los beneficios que aporta.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de SciELO, Medline y PEDro, completando el proceso con una búsqueda manual. Para ello se utilizaron los descriptores “fisioterapia respiratoria” “distrofia muscular de Duchenne”, “rehabilitación”, “entrenamiento musculatura respiratoria”. Se seleccionaron artículos científicos publicados desde 2005 hasta la actualidad, tanto en español como en inglés.

RESULTADOS: El análisis de los estudios nos confirma la importancia de la fisioterapia respiratoria en la distrofia muscular de Duchenne. Su papel primordial consiste en ayudar a la expulsión de secreciones con el fin de evitar la obstrucción bronquial e infecciones, disminuir la resistencia de la vía aérea, incrementar el intercambio gaseoso y reducir el trabajo respiratorio. Con ello se logrará una disminución de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia respiratoria consiste en una técnica en la que tanto el profesional, como el propio paciente y su familia, trabajan de manera conjunta para mejorar su capacidad funcional y evitar las complicaciones respiratorias. Iniciada de manera precoz y practicada de manera continua, permite conseguir un mayor grado de independencia y que se incremente la supervivencia.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE, REHABILITACIÓN, ENTRENAMIENTO, MUSCULATURA RESPIRATORIA.

VENDAJE NEUROMUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DEL ESGUINCE DE LIGAMENTO LATERAL EXTERNO Y SU EFICACIA

CARMEN VERA LEANTE, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL, IRENE VERA LEANTE, IRENE MONTOYA NAVARRO, JOSE IGNACIO GIL IZQUIERDO

INTRODUCCIÓN: El esguince de tobillo es una lesión traumática de los tejidos blandos por estiramiento, rotura o distensión del ligamento lateral externo, en un movimiento forzado más allá de los límites fisiológicos. Es una de las lesiones más frecuentes. Actualmente se prefieren técnicas conservadoras de fisioterapia, movilización temprana y rehabilitación progresiva. Dentro de estas técnicas encontramos, recientemente introducido, el vendaje neuromuscular o kinesiotape.

OBJETIVOS: Describir el tratamiento con vendaje neuromuscular en el esguince de tobillo grado I o II y valorar su eficacia en comparación con otras técnicas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Pedro y Cochrane, sin restricción de fecha, utilizando como descriptores: esguince, kinesiotape, vendaje, tratamiento, recuperación.

RESULTADOS: La técnica de vendaje neuromuscular se basa en la aplicación de una cinta de algodón, elástica solo longitudinalmente, que se adapta a la zona a tratar y permite su recuperación sin disminuir su función corporal. En las articulaciones actúa como soporte articular, y consigue una acción biomecánica y correctiva en la posición de los huesos de la articulación a tratar. El vendaje se aplica normalmente con la “técnica en I” o en “Y” por encima del ligamento o punto de dolor. En el esguince de tobillo se utiliza la técnica ligamentosa con una tensión del 50 y 100%.

CONCLUSIÓN: No existen estudios que demuestren su eficacia comparado con otras técnicas en el tratamiento del esguince de tobillo. Su función propioceptiva podría justificar la teoría de la eficacia del mismo. Cuando se aplica el vendaje neuromuscular mediante la técnica de ligamento, las tiras proporcionan información propioceptiva que generará acciones correctoras facilitando la recuperación del ligamento lesionado. Se necesitan nuevas líneas de investigación para desarrollar estudios, con el objeto de comprobar la eficacia de esta técnica en comparación con otras utilizadas en el tratamiento del esguince de tobillo.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, KINESIOTAPE, VENDAJE, TRATAMIENTO, RECUPERACIÓN.

ALIVIO DE LA MUCOSIDAD INFANTIL GRACIAS A LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

MARIA DOLORES SORROCHE LÓPEZ, EVA SÁNCHEZ EXPÓSITO, ANTONIA ISABEL FERNANDEZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades respiratorias infantiles afectan de manera muy importante al bienestar tanto de la familia como al niño. Con la fisioterapia respiratoria se consiguen aliviar los síntomas de estos.

OBJETIVOS: Conocer para qué se utilizan las técnicas de fisioterapia respiratoria y una de sus técnicas.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se utilizaron términos en la búsqueda como fisioterapia respiratoria, mucosidad, enfermedades respiratorias.

RESULTADOS: Los niños suelen tener dificultades para expulsar la mucosidad que se acumula en nariz y garganta y esta acaba en los pulmones. La fisioterapia ayuda a evacuar las secreciones, de esta manera el niño come, respira y descansa mejor con una recuperación más rápida. Una de las técnicas es: el bebé se ha de hidratar antes de la sesión. Se ausculta para saber si hay secreciones en las vías altas o bajas. Se limpiará con suero fisiológico la nariz. Se realizarán presiones suaves en el tórax y abdomen jugando con la inspiración y expiración para que el aire expulse las secreciones. Finalmente se le estimula la tos y así de manera natural saque los mocos. Limpiar con suero.

CONCLUSIÓN: La terapia respiratoria elimina las secreciones, hasta las más profundas. Disminuye y elimina la tos, evita los ingresos y disminuye la medicación para su mejora.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, EXPULSIÓN DE MUCOSIDAD, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, INFANTILES.

EFICACIA DE LA TERAPIA RESTRICTIVA EN EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL MIEMBRO SUPERIOR EN PEDIATRÍA

SARA PÉREZ MAÑOGIL, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA LEANTE, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA, ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La Terapia Restrictiva o Terapia del Movimiento Inducido por Restricción es una técnica basada en la restricción del uso del brazo sano, que suele ser incompleta para que pueda servir de apoyo, y la aplicación de un entrenamiento estructurado e intensivo, para estimular el uso del brazo afecto. El objetivo es alcanzar mayor funcionalidad, la integración del miembro en el esquema corporal, mejorar el control de la motricidad, y aumentar el uso espontáneo del miembro superior afecto. El programa de actividades se elabora de forma individualiza según las características del niño y con participación de los padres. Su aplicación en pediatría abarca afecciones como la Parálisis Braquial Obstétrica o la Hemiparesia infantil, y puede utilizarse tanto con bebés como adolescentes.

OBJETIVOS: El objetivo es corroborar la eficacia de la Terapia Restrictiva en el tratamiento del miembro superior afecto en niños con diversas afecciones de un miembro superior.

METODOLOGÍA: La metodología utilizada ha sido la revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, PubMed, Pedro y en el buscador Google Académico. No hemos utilizado restricción de fecha. Los descriptores son Terapia Restrictiva, Terapia del Movimiento Inducido por Restricción, parálisis braquial obstétrica, hemiplejía infantil.

RESULTADOS: Cuatro de los cinco estudios revisados muestran resultados positivos con respecto a la eficacia de la Terapia Restrictiva en el tratamiento del miembro superior en pediatría. Los estudios reflejan una mejoría significativa tanto respecto a la percepción de mejoría por parte de los padres, como en los resultados de medidas estandarizadas.

CONCLUSIÓN: La Terapia Restrictiva resulta ser una técnica efectiva de tratamiento para las alteraciones de la funcionalidad del miembro superior en niños. Los resultados muestran una mejoría en la actividad del miembro superior afecto. Sin embargo, el número de estudios hallado no es significativo, y además faltan estudios que constaten la eficacia de la terapia a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA RESTRICTIVA, PEDIATRÍA, FISIOTERAPIA, PBO, HEMIPLEJIA INFANTIL.

PREVENCIÓN DE LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN BAILARINES/AS DE ENSEÑANZAS BÁSICAS Y PROFESIONALES DE DANZA CLÁSICA

FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los bailarines de Danza Clásica son artistas, en el mismo grado que deportistas de alto rendimiento. El origen repetitivo de sus movimientos, la exigencia a la que están sometidos y la alta tolerancia al dolor son características que provocan que el bailarín tenga un alto riesgo de lesión. Además, son los alumnos más jóvenes los que aumentan sus posibilidades de lesionarse ya que carecen de una adecuada técnica y muestran un esqueleto aún inmaduro y en crecimiento.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta la práctica de un entrenamiento focalizado en la prevención de lesiones musculoesqueléticas.

METODOLOGÍA: Se ha desarrollado una revisión de la literatura existente buscando en las bases de datos Pubmed, Scopus y PEDro. Se buscaron resultados a partir de 2007. Nos quedamos con el análisis de 7 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Los estudios muestran que la mayoría de las lesiones en bailarines no son traumáticas, si no por sobreuso y repetición de posiciones en rangos de movimientos extremos. Además se analizan las características anatómico-fisiológicas del cuerpo en estos rangos de edad y muestran su estancia en un proceso de desarrollo y maduración óseo, mental y postural que los hace susceptibles de poder participar en un programa de prevención de lesiones.

CONCLUSIÓN: La implantación de un programa de prevención proporcionará al alumno las herramientas necesarias para disminuir el riesgo de lesión y mejorar las condiciones en las que se encontrará su cuerpo a lo largo de su carrera profesional. De esta forma, aumentaría su rendimiento, bajaría el número de días de inactividad y el gasto sanitario, por lo que el coste de su implantación sería muy eficiente.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, LESIÓN, NIÑOS, BALLE, FISIOTERAPIA.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTES CON CONDROCALCINOSIS

ÓSCAR SERRANO SALINAS, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA

INTRODUCCIÓN: La condrocalcinosis o pseudogota es una artropatía microcristalina debida al depósito de pirofosfato cálcico en el cartílago articular. Ocurre sobre todo en rodillas y muñecas, y en menor frecuencia en caderas, sínfisis púbica y articulaciones de los dedos. No está clara si su etiología es hereditaria o secundaria a enfermedades metabólicas. Frecuentemente se asocia a procesos artrósicos y puede llegar a convertirse en una artropatía destructiva. El papel de la fisioterapia podría aliviar la sintomatología e intentar enlentecer la evolución del proceso.

OBJETIVOS: Conocer el tratamiento de fisioterapia que se realiza en pacientes que padecen condrocalcinosis.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane, PEDro, CSIC y EBSCO. Los descriptores empleados fueron: chondrocalcinosis, pseudogout, pyrophosphate arthropathy, physiotherapy, treatment. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2005 y 2017, excluyendo aquellos que incluían tratamientos farmacológicos o quirúrgicos. De 93 referencias encontradas, se seleccionaron 21 por cumplir los criterios de inclusión.

RESULTADOS: La mayoría de estudios coinciden en que el tratamiento fisioterápico de la condrocalcinosis depende de cómo se manifieste clínicamente la artropatía, ya que en algunos casos puede llegar incluso a ser asintomática. En una fase aguda con dolor, inflamación e impotencia funcional está indicada la aplicación de crioterapia, masoterapia sutil, ultrasonido, TENS, láser y magnetoterapia. En fases subagudas se pueden realizar movilizaciones activas y resistidas, ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular. Los estiramientos y tracciones también pueden ayudar a prevenir deformidades articulares. Es importante además enseñarle al paciente medidas de ergonomía postural haciendo uso si es preciso de bastones, andadores u ortesis.

CONCLUSIÓN: El tratamiento fisioterápico de la condrocalcinosis es el mismo en fase aguda que el utilizado en artritis y en fases subagudas al usado en artrosis.

PALABRAS CLAVE: CONDROCALCINOSIS, PSEUDOGOTA, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTO.

INFLUENCIA DEL MÚSCULO PSOAS ILÍACO EN EL DOLOR LUMBAR

MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, SONIA RUBIO LUJÁN

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar resulta ser un problema que tiene una afectación en torno al 70-80 % de la población alguna vez en su vida, resultadando ser el responsable de una alta incidencia en absentismo laboral e incapacidad. Se estima que aproximadamente el 15% tienen un origen claro, considerándose al resto como dolor lumbar inespecífico. La acción que desempeña el músculo psoas ilíaco en la zona lumbar podría alterar su biomecánica, aumentando o disminuyendo la lordosis fisiológica y ser causa de dolor lumbar.

OBJETIVOS: Establecer la relación existente entre la patología del músculo psoas ilíaco y el dolor lumbar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica usando las bases de datos Cochrane Library, Pubmed, PeDro, Bireme, Scielo y Bvs. Los descriptores empleados han sido: iliopsoas, muscle, lumbar, pain. En esta búsqueda han sido excluidos los artículos publicados en distintos idiomas al español e inglés, estudios que incluían la participación de otros grupos musculares y también se descartaron artículos publicados hace más de 10 años. De un total de 83 artículos se seleccionaron 27 por cumplir los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS: La mayoría de los estudios consultados coinciden en que la causa del dolor lumbar es inespecífica. Algunos autores hablan de que un aumento en la sección transversal del psoas puede generar el dolor lumbar, en cambio otros afirman todo lo contrario. Y en algunos estudios se considera que únicamente el psoas ilíaco podría influir en el dolor lumbar en el caso de producirse un absceso o enfermedad infecciosa en dicho músculo.

CONCLUSIÓN: A la vista de las diferentes opiniones obtenidas no se puede afirmar que exista una relación entre la alteración patológica del músculo psoas ilíaco y el dolor lumbar.

PALABRAS CLAVE: LUMBAR, DOLOR, PSOAS-ILÍACO, MÚSCULO.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN MUJERES CON LINFEDEMA TRAS UNA MASTECTOMÍA

INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS, MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN

INTRODUCCIÓN: Tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, pueden aparecer secuelas que afectan al 25%, siendo el linfedema la manifestación clínica más común. El linfedema es un edema progresivo del tejido blando subcutáneo debido a la acumulación de linfa, como consecuencia de una insuficiencia mecánica del sistema linfático, que provoca una obstrucción del drenaje linfático normal a la sangre, puede ser por una linfadenectomía o la radioterapia tras cirugía.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia del tratamiento fisioterápico en el linfedema, con el fi de disminuir el volumen del miembro afectado.

METODOLOGÍA: La búsqueda se realizó en distintas bases de datos bibliográficos entre los meses de septiembre y octubre del año 2017, hemos utilizado para esta revisión las bases de Pedro, Pub Med, y en el buscador Google Académico. Se recopilaron 12 artículos de los que 9 cumplen con los criterios de búsqueda.

RESULTADOS: Los resultados nos indican que hay menor incidencia de aparición del linfedema, realizando una buena prevención, educando a la paciente tras la operación de la higiene y cuidado que debe llevar. Una vez establecido el linfedema las técnicas con las que se cuenta en fisioterapia ayudan a la reducción o mantenimiento del linfedema por lo que se aumenta la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN: Informar a la paciente de las medidas preventivas, cuidados y medidas higiénicas para evitar o retrasar en lo máximo posible la aparición del linfedema. Una vez instaurado el linfedema, se aplicará drenaje linfático manual, medidas de compresión como el vendaje multicapa y el manguito con los que realizaremos cinesiterapia para los miembros superiores, mecanoterapia, siendo estos más efectivos. También son efectivos la presoterapia y el vendaje neuromuscular.

PALABRAS CLAVE: LINFEDEMA, FISIOTERAPIA, EFECTIVIDAD, TRATAMIENTO, LINFEDENECTOMÍA.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA FIBROMIALGIA MEDIANTE ANDULACIÓN

VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es una enfermedad reumatológica que se caracteriza por el dolor crónico y difuso en las fibras musculares en múltiples localizaciones. Afecta a las mujeres 10 veces más que los hombres. Las personas con fibromialgia pueden presentar además del síntoma principal, el dolor, otros síntomas secundarios como trastornos psiquiátricos, trastornos del sueño, cansancio y fatiga. La tecnología de andulación combina tres tratamientos: Las vibraciones mecánicas de frecuencia específica. Calor por infrarrojos. La ergonomía. La andulación no actúa únicamente en un sistema u órgano en concreto, sino que además tiene un efecto positivo en todo el organismo, sentando las bases para el mantenimiento y la recuperación de la salud.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la andulación en el tratamiento de la fibromialgia. Evaluar los protocolos de tratamiento de la fibromialgia mediante andulación.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre las aportaciones de la fisioterapia en el tratamiento de fibromialgia mediante andulación. Se han hecho búsquedas en Cochrane y Medline. Los descriptores utilizados fueron andulación, mechanical vibrations, infrared radiation, fibromyalgia, ergonomics and physiotherapy. De forma alternativa se han realizado búsquedas con estos términos seleccionando siete artículos con gran relevancia publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS: La evidencia científica muestra un elevado número de publicaciones que investigan sobre las posibilidades terapéuticas de la fibromialgia. Los tratamientos fisioterapéuticos junto con los tratamientos farmacológicos son la parte fundamental de la atención a estas pacientes.

CONCLUSIÓN: La tecnología que aporta la andulación permite tratar en la consulta de fisioterapia a las pacientes con fibromialgia de una forma integral aunando los tratamientos vibracionales, calor por infrarrojos y ergonomía en un único aparato. La evidencia científica de la mejoría que esta tecnología aporta a las pacientes nos permite concluir que cada vez será más utilizada en los tratamientos fisioterapéuticos.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, ANDULACIÓN, VIBRACIONES, INFRARROJOS, ERGONOMÍA, FISIOTERAPIA.

EFFECTIVIDAD DEL KINESIOTAPING: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA DOLORES PEDREÑO CONESA, MIGUEL ANGEL ROCA BASTIDA, CONSUELO LÓPEZ GUERRERO, SONIA RUBIO LUJÁN, INMACULADA GARCIA SANCHEZ, ÓSCAR SERRANO SALINAS

INTRODUCCIÓN: El kinesiotaping o también llamado vendaje neuromuscular es un método de vendaje especial, que a diferencia de otros vendajes, permite el movimiento de la zona vendada.

OBJETIVOS: Identificar los efectos logrados por el kinesiotaping en los estudios científicos publicados en la última década.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos, MedLine, PEDro, Science Direct entre otras. Se incluyeron aquellos artículos con metodología definida, en español e inglés, seleccionando aquellos artículos publicados entre el año 2000 y el año 2017. Se revisaron un total de 30 artículos.

RESULTADOS: El kinesiotape se compone de una tela fina de algodón, porosa, con adhesivo acrílico y sin látex. Es confortable y puede utilizarse de 3 a 4 días consecutivos, incluso en la ducha, sin comprometer la calidad del adhesivo. Podemos señalar como funciones más importantes: la normalización de la función muscular, incremento el flujo linfático bajo la piel y del flujo vascular, disminución del dolor y corrección articular. Es por ello que podemos hablar de 3 efectos del kinesiotape: Efecto circulatorio Efecto analgésico Efecto neuro-mecánico

CONCLUSIÓN: Como resultado de esta revisión se traducen dos conclusiones principales: la primera, que la literatura actual sobre este tema resulta aún escasa, por lo que se impone la necesidad de continuar investigando en este campo, para poder contrastar la efectividad de las distintas aplicaciones de esta técnica, aunque en la práctica clínica, se han obtenido efectos beneficiosos, desde el punto de vista de la evidencia científica, no existen estudios de revisión concluyentes, considerando necesario definir criterios estandarizados que puedan demostrar los efectos otorgados al kinesiotape; y la segunda, que de los estudios revisados, los aspectos más relevantes estudiados son el dolor y la amplitud de movimiento.

PALABRAS CLAVE: KINESIOTAPING, KINESIOTAPE, EFECTOS, FISIOTERAPIA.

EL SISTEMA ANTIGRAVITATORIO POSTURAL EN LOS TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

VÍCTOR ALCARAZ RUBIO, VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El sistema antigraavitatorio postural permite disminuir la carga en la columna vertebral al elevar al paciente consiguiendo una ampliación del espacio intervertebral con la consiguiente descompresión a nivel lumbar y discal. Mediante esta técnica se pueden estimular cadenas musculares específicas, se produce una readaptación postural y se optimiza la coordinación motora.

OBJETIVOS: Analizar la aplicación en los pacientes del sistema antigraavitatorio postural en fisioterapia neurológica.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre las aportaciones del sistema antigraavitatorio postural en pacientes neurológicos. Se han hecho búsquedas en Cochrane y Medline. Los descriptores utilizados fueron: postural antigravity system, neurology and physiotherapy. Hemos trabajado con 3 artículos de gran relevancia publicados en los últimos 5 años. La literatura científica entorno al sistema antigraavitatorio postural es escasa siendo previsible que aumenten las investigaciones en el futuro. Los artículos analizados muestran la utilidad de este sistema en los tratamientos de fisioterapia en general y especialmente en fisioterapia neurológica.

RESULTADOS: El sistema antigraavitatorio postural puede emplearse en el tratamiento de numerosas patologías. Su utilidad en fisioterapia neurológica permite utilizar este sistema en pacientes donde cualquier evento traumático o patológico haya reducido la capacidad de control neuromuscular, como es el caso de la esclerosis múltiple en fases iniciales, Parkinson, síndrome compresivo radicular con parestesias, reentrenamiento motor en traumatismo del sistema nervioso central o síndromes de espasticidad leve.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia no puede ser receptiva a los avances tecnológicos que se producen con el objetivo de mejorar y acortar los períodos de recuperación de los pacientes. El sistema antigraavitatorio postural tiene el inconveniente del elevado coste del dispositivo aunque presenta una gran utilidad y diversidad en los tratamientos.

PALABRAS CLAVE: SISTEMA ANTIGRAVITATORIO POSTURAL, FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA, TERAPIA, COLUMNA VERTEBRAL.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE DOLOR EN PIE TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR HALLUX VALGUS Y DEDOS EN MARTILLO

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ USERO, VÍCTOR MANUEL ALCARAZ HERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se ha realizado el estudio del caso de un paciente de 76 años intervenido de hallux valgus y tres dedos en martillo del pie izquierdo. A los 4 meses de la cirugía el paciente refiere dolor en el pie al andar que no cede totalmente con terapia farmacológica con analgésicos y antiinflamatorios.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza la anamnesis al paciente. En la exploración física se aprecia escasa movilidad de la articulación metatarsofalángica del dedo gordo del pie con limitación de la flexión y extensión. También se aprecia una hipocorrección del hallux valgus.

JUICIO CLÍNICO: Dolor tras cirugía de hallux valgus y dedos en martillo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta infección en la zona de la cirugía.

PLAN DE CUIDADOS: La fisioterapia se plantea como una alternativa conservadora frente a la cirugía. También da excelentes resultados en el postoperatorio inmediato, mediano y tardío. En este caso clínico se valora la utilidad del tratamiento fisioterapéutico en el postoperatorio tardío de la intervención al no corregirse el dolor en el primer metatarsiano del paciente. Este tratamiento permitirá mejorar la movilidad articular y reducir la inflamación. La terapia manual inicial se completa con taping neuromuscular. También se le aplica al paciente electroterapia con corrientes de baja frecuencia.

CONCLUSIONES: Esta cirugía no está exenta de riesgos por lo que criterios estéticos deben quedar en un segundo plano. Es posible que haya existido una hipocorrección de la desviación y que ésta haya condicionado el dolor posterior. La desaparición del dolor refuerza el papel de la fisioterapia. El hallux valgus es una deformidad muy común de los pies que afecta al primer segmento metatarsodigital que consistente en una desviación lateral de la falange y subluxación progresiva de la primera articulación metatarsofalángica. El objetivo principal de este estudio ha sido tratar el dolor, ocasionado durante la marcha mediante tratamiento fisioterapéutico complementario al tratamiento farmacológico.

PALABRAS CLAVE: HALLUX VALGUS, DEDO EN MARTILLO, DOLOR, TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA ANTE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ, JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurológica degenerativa que afecta la vía piramidal a lo largo de su primera y segunda motoneurona. La probabilidad de supervivencia es escasa a los 5 años de evolución.

OBJETIVOS: Determinar las vías de investigación actuales y panorama en la lucha contra el ELA. Determinar las medidas de actuación del personal de enfermería y fisioterapia para mejorar la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA: Llevando a cabo una revisión sistemática de la bibliografía existente sobre el tema, utilizamos las bases de datos Dialnet, Pubmed, Pedro y Cochrane. Los descriptores utilizados fueron "ELA", "enfermería", "fisioterapia", "investigación" con fechas entre 2007 y 2017. Se seleccionaron 34 por ser artículos científicos con datos empíricos.

RESULTADOS: Aunque hay algunos métodos diagnósticos, a día de hoy es prácticamente los síntomas clínicos descritos en El Escorial de 1998 los que diagnostican la enfermedad. A día de hoy no hay tratamiento. Sólo el uso del riluzole para prolongar 3 meses la vida. Sí es grande en cambio, el número de medicamentos no útiles. Existen líneas de investigación como la bioingeniería o las células madre sin resultados hasta ahora. En 2013 la comisión europea incluye el clorito de sodio como medicamento huérfano para el tratamiento del ELA. Los campos de actuación a día de hoy son sintomáticos y preventivos incluyendo: tratamiento de insuficiencia respiratoria, secreciones bronquiales, sialorrea, edema en piernas, debilidad muscular, espasticidad, disfagia y depresión.

CONCLUSIÓN: El panorama actual no demuestra ningún tratamiento definitivo para curar o prevenir el ELA, sin embargo, lejos de dejar al paciente por perdido, son muchas las actuaciones que el personal sanitario puede ofrecer a la hora de prolongar y mejorar la calidad de vida del paciente así como tener en cuenta las futuras necesidades y acciones para hacer que el paciente pueda vivir los días que le resten de la mejor forma posible.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ENFERMERÍA, ELA, INVESTIGACIÓN.

VALOR ADICIONAL DEL UMBRAL ANAERÓBICO EN UN MODELO DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD GENERAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DE CHAGAS

MARIA ANGELES GUTIERREZ VALDIVIA, ROSA MARIA GARCIA GARRIDO, ROCIO GARCIA PEREZ

INTRODUCCIÓN: El umbral anaeróbico (AT) se reconoce como una medición objetiva y directa que refleja las variaciones en el metabolismo de los músculos esqueléticos durante el ejercicio. Su valor pronóstico en enfermedades cardíacas de etiología no chagásica está bien establecido. Sin embargo, la evaluación del riesgo de muerte en la enfermedad cardíaca de Chagas está relativamente bien establecida por el puntaje de Rassi. Sin embargo, aún no se ha estudiado el valor agregado que AT puede aportar a la puntuación de Rassi.

OBJETIVOS: Analizar si AT presenta un efecto adicional al puntaje de Rassi en pacientes con enfermedad cardíaca crónica de Chagas.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo de cohorte dinámica mediante la revisión de 130 registros médicos de pacientes. Fueron seleccionados para la cohorte 38 registros médicos de pacientes que se sometieron a la prueba de ejercicio cardiopulmonar entre 2009-2014 y siguió hasta septiembre de 2015. El análisis de datos para detectar la asociación entre las variables estudiadas se puede ver utilizando un modelo de regresión logística. La idoneidad de los modelos se verificó usando curvas ROC y el coeficiente de determinación R².

RESULTADOS: El 17,75% de los pacientes fallecieron en septiembre de 2015, el 86,5% de ellos por causas cardiovasculares, de los cuales el 53% fueron considerados de alto riesgo por puntaje Rassi.

CONCLUSIÓN: Cuando se incluye AT en la regresión logística, aumenta en un 7% la explicación (R²) a la estimación de la muerte.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, ESTUDIO, PACIENTES, MIOCARDIOPATÍA DE CHAGAS.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

ANA MARIA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO

INTRODUCCIÓN: La Fisioterapia en Salud Mental se puede considerar como una especialidad de la fisioterapia que trata diversas técnicas dirigidas a mejorar los trastornos mentales, en los que aparecen síntomas físicos que revelan la interacción entre cuerpo y mente.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar los diferentes abordajes de fisioterapia en el campo de la Salud Mental.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los diferentes abordajes de Fisioterapia en Salud Mental. Se consultaron diferentes bases de datos (CINHAL, Medline, PubMed) y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: Los abordajes de fisioterapia en salud mental encontrados son la terapia de conciencia corporal basal, fisioterapia psicomotora, masoterapia adaptada, actividad física adaptada, ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular y reeducación postural global. Además de otros abordajes como la relajación muscular progresiva, estimulación multisensorial, acupuntura y Biofeedback.

CONCLUSIÓN: Se encuentra un nivel moderado de evidencia de los beneficios de los diferentes abordajes de fisioterapia en salud mental, pero se precisan más estudios en el campo de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, SALUD MENTAL, ABORDAJES, TÉCNICAS.

BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DE YOGA EN LA ESCUELA

FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, INES ROJAS SERRANO, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Vivimos en una sociedad cada vez más marcada por el estrés, situación que no solo afecta a la población adulta sino también a los niños, provocándoles ansiedad, falta de concentración y atención y aumento de los niveles de cortisol. Por ello, el yoga, resulta una disciplina de gran interés, pues utilizada como ejercicio terapéutico, proporciona una herramienta tanto de tratamiento como de prevención frente a los factores estresantes, aportando beneficios no solo físicos sino también cognitivos y psíquicos.

OBJETIVOS: El objetivo será analizar los beneficios de la práctica de yoga en la escuela como ejercicio terapéutico dentro del ámbito fisioterapéutico.

METODOLOGÍA: Tras una búsqueda realizada en Pubmed, Scopus y Dialnet encontramos un resultado inicial de 203 artículos. Aplicamos los criterios de inclusión y exclusión entre los que se requería antigüedad menor de 5 años, población diana menor de 10 años y lectura completa libre, nos centramos en la revisión de 7 artículos.

RESULTADOS: Los estudios muestran que la práctica de yoga proporciona beneficios a nivel psíquico, disminuyendo niveles de cortisol o mejorando la autoestima. A nivel cognitivo mejora la concentración, atención y comportamiento y a nivel físico se tonifica la musculatura y mejorando la flexibilidad.

CONCLUSIÓN: Si aplicamos un enfoque biomecánico y funcional en busca de unos objetivos específicos podemos incluir el yoga como una herramienta más de la Fisioterapia. A pesar de ser una disciplina muy estudiada en los últimos años, bien es cierto, que los resultados son más investigados en la población adulta que en la infantil. Unificar el tipo de yoga utilizado en los estudios y ampliar la duración de su aplicación ayudaría a aumentar la calidad metodológica y a poder comparar resultados.

PALABRAS CLAVE: YOGA, NIÑOS, ESCUELA, FISIOTERAPIA, BENEFICIOS.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE POSTURAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA APLICANDO TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO, VERONICA DIAZ SOTERO, OLGA MARTINEZ BUENDIA

INTRODUCCIÓN: Los dolores lumbares suelen ser la causa más frecuente de absentismo laboral. Se producen por posturas inadecuadas, el mal manejo de cargas en el trabajo y los movimientos repetitivos. Estos problemas podrían evitarse proporcionando un conocimiento básico de la anatomía lumbar y de una correcta funcionabilidad del aparato locomotor. Enfermería se encargara de que los trabajadores vean el riesgo que corre su espalda, cuando la utilizan incorrectamente, aprendiendo comportamientos adecuados que mantengan la integridad de la columna vertebral en sus actividades laborales diarias.

OBJETIVOS: Analizar nociones básicas de la anatomo-fisiología de la columna vertebral. Determinar los diferentes tipos de lumbalgias y factores que influyen en el dolor lumbar. Determinar la importancia de la aplicación de las técnicas alternativas en esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Base de datos: Se ha hecho una revisión bibliográfica, para informar a estos pacientes y así evitar complicaciones, mediante la aplicación de técnicas alternativas para la higiene postural, con los buscadores: Medline (Pubmed), SciELO, Dialnet y Cuiden. Descriptores: Anatomía-fisiología de columna vertebral, clasificación de lumbalgias, factores de riesgo de lumbalgias y aplicación de terapias alternativas y complementarias enfermeras para tratar lumbalgias. Formulas de búsqueda: Se han obtenido 50 artículos de los cuales, hemos seleccionado 17 para nuestro estudio. Período de búsqueda: Desde 2007 hasta 2017.

RESULTADOS: Se va a informar sobre la anatomo-fisiología de la columna vertebral, la clasificación de las lumbalgias y los factores de riesgo que contribuyen al dolor. Y enseñar terapias alternativas y complementarias enfermeras para tratar lumbalgias.

CONCLUSIÓN: Enfermería va a aplicar una higiene postural a estos pacientes, a través de las terapias alternativas y complementarias en el manejo del dolor, para aliviar los síntomas y desde un enfoque integral, teniendo en cuenta las creencias, los gustos o preferencias que tienen con respecto a este tipo de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: TERAPIAS ALTERNATIVAS, ESPALDA, DOLOR, ESCUELA DE LA ESPALDA, HIGIENE POSTURAL.

NUEVAS HERRAMIENTAS FISIOTERAPÉUTICAS ANTE EL DOLOR NEUROPÁTICO

ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LAURA LUQUE CUÉLLAR

INTRODUCCIÓN: El dolor neuropático está causado por respuestas mal adaptativas de recursos neuronales activados tras una lesión o disfunción del sistema nervioso. Se produce una reorganización de los campos sensitivos corticales, disminuyendo la representación cortical y aumentando el dolor. Debido a ello es una causa de sufrimiento importante para muchos pacientes, llegando algunos a estar discapacitados y con depresión.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión sistemática ha sido analizar las herramientas fisioterapéuticas más novedosas en cuanto al tratamiento del dolor neuropático.

METODOLOGÍA: Para cumplir con el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Medline, Scielo, ScienceDirect, PubMed, Dialnet, Cochrane Plus, PEDro, utilizando los descriptores: neuropathic pain, physiotherapy, mirror, neurons.

RESULTADOS: En cuanto a los diferentes estudios analizados 2 de ellos concluían que combinar la práctica mental y física aumenta la mejora de la ejecución en comparación con la práctica física solamente. Otros combinaban la terapia en espejo con terapia en pacientes con ictus, y se concluyó que 30 minutos diarios durante 5 semanas observando en el espejo movimientos distales de muñeca y dedos de la extremidad sana y tratando de reproducirlo en la afecta, provocaba una disminución del dolor de la mano hemipléjica. En otro estudio el dolor neuropático de una lesión braquial disminuía un 50% tras 6 semanas de tratamiento combinando: dos semanas de reconocimiento de lateralidad observando fotografías de la extremidad afectada, dos semanas imaginando movimientos no dolorosos, y otras dos semanas con terapia en espejo.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los estudios analizados van orientados hacia el mismo objetivo de tratamiento que es aumentar la representación cortical. Destacan dos grandes herramientas la terapia en espejo y la imaginación mental. A pesar de los buenos resultados harían falta más investigaciones y especificar el protocolo de tratamiento en cuanto a la duración, la secuencia, la dificultad.

PALABRAS CLAVE: DOLOR NEUROPÁTICO, FISIOTERAPIA, ESPEJO, NEURONAS.

LA FISIOTERAPIA EN LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LAURA LUQUE CUÉLLAR

INTRODUCCIÓN: La osteogénesis imperfecta (OI) es un trastorno poco común y hereditario del tejido conectivo que ocurre en aproximadamente 1 de cada 25,000 habitantes. Los sujetos con OI presentan estatura pequeña, hipotonía e hipomovilidad articular y, aunque no hay déficits neurológico, experimentan retraso en el desarrollo. Actualmente sólo existen tratamientos para manejar los síntomas. Un tratamiento para pacientes con OI es la fisioterapia, que puede mejorar la calidad de vida de muchas personas afectadas.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión sistemática ha sido analizar el papel del fisioterapeuta en la osteogénesis imperfecta.

METODOLOGÍA: Para cumplir con el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Medline, Scielo, ScienceDirect, PubMed, Dialnet, Cochrane Plus, PEDro, utilizando los descriptores: rare diseases, physiotherapy, genetic, diseases.

RESULTADOS: Diversos artículos establecen un programa de terapia física personalizada para evaluar la fuerza muscular, capacidad de ejercicio y los niveles de fatiga subjetiva en pacientes con OI. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la disminución de la discapacidad. Si hubo una mejoría en cuanto a la movilidad, el consumo máximo de oxígeno, la capacidad máxima de trabajo y la fuerza muscular. La fatiga subjetiva disminuyó. Los mayores beneficios se obtuvieron a corto plazo, de una manera segura y efectiva. En los programas se prescribían ejercicios de fortalecimiento sobre todo de los músculos posturales, y ejercicios para mejorar la estabilidad y rango articular, y la electroterapia para disminuir el dolor.

CONCLUSIÓN: El fisioterapeuta adquiere un papel importante en dicha patología ya que el tratamiento temprano con fisioterapia ralentiza el deterioro físico del enfermo provocado por el avance de la enfermedad. Por lo que es un punto importante para la mejora de las capacidades neurológicas, respiratorias, funcionales y por lo tanto para la mejora de la discapacidad y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES RARAS, FISIOTERAPIA, GENÉTICA, ENFERMEDADES.

BENEFICIOS DE LA MANIPULACIÓN PÉLVICA Y MUSCULOENERGÍA EN LA LUMBALGIA CRÓNICA

JAVIER CUESTA NUÑEZ, PALOMA COLLADO GONZÁLEZ, PURIFICACIÓN COBOS FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La lumbalgia se define como dolor de duración variable en la zona de espalda baja, con una prevalencia en la población del 84%, siendo un 23% la prevalencia de la lumbalgia crónica. Este dolor lumbar supone un promedio de un 12,54% del total de bajas laborales y un coste medio anual total por las jornadas no trabajadas de 162.758.473,1€.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es analizar los efectos de la terapia manipulativa aplicada en la pelvis en la lumbalgia crónica además de evaluar el dolor, movilidad y calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se realizó una valoración inicial seguida de 5 sesiones de tratamiento durante 5 semanas con una técnica de alta velocidad y baja amplitud y una técnica de músculo energía para iliaco posterior, concluyendo con una valoración final. Los instrumentos de medida empleados fueron el test de Schober lumbar, test de distancia dedos-suelo en inclinación lateral, cuestionario Oswestry, cuestionario Roland Morris y escala visual analógica (EVA).

RESULTADOS: Se evidenció una disminución del dolor lumbar, un aumento del rango de movilidad de la columna y de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Al igual que en este estudio, las diferentes investigaciones que trataron la lumbalgia con terapia manipulativa obtuvieron buenos resultados en cuanto a dolor, movilidad e incapacidad lumbar, independientemente del tipo de técnica manipulativa empleada, número de sesiones y edad de los pacientes. La terapia manipulativa en la región lumbopélvica mejoró el dolor lumbar, movilidad y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA MANIPULATIVA, LUMBALGIA CRÓNICA, MUSCULOENERGÍA, DOLOR LUMBAR.

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y CELADOR EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN

SARA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, PILAR VALENZUELA SANCHEZ, ANTONIO LUIS AFAN MIRANDA

INTRODUCCIÓN: Las unidades de rehabilitación se crean para recuperar la función normal de determinadas patologías, mediante el fisioterapeuta en colaboración con otros profesionales que colaboran con él, usando medidas físicas y métodos como masajes, manipulaciones, ejercicios...

OBJETIVOS: Conocer la función en nuestro caso del auxiliar de enfermería y celador en estas unidades de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica por la literatura actual basada en el tema, encontrando varias fuentes como tuaulaonline. Es y fisiostar. Com.

RESULTADOS: Junto con el fisioterapeuta que se encarga de la rehabilitación colaboran la auxiliar de enfermería y celador con diversas funciones: La auxiliar se encarga del aseo de pacientes, limpieza de material y ordenación, reposición en caso de falta de algún material, colocación del paciente y vigilar las posturas, etc. El celador se encarga del traslado del paciente a la unidad, vigilancia del acceso de personas, ayudar al fisioterapeuta en la colocación y sujeción del paciente si es necesario, transporte de documentación y material, etc.

CONCLUSIÓN: El fisioterapeuta para realizar su trabajo correctamente necesita la colaboración de otros profesionales del equipo para delegar diversas funciones que puedan realizar tanto auxiliar como celador en nuestro caso. Para ello es necesario que estos tengan la formación adecuada en el área para realizar su trabajo correctamente en beneficio de los pacientes con patologías, y saber sobre material.

PALABRAS CLAVE: AUXILIAR, CELADOR, FISIOTERAPEUTA, REHABILITACIÓN.

CUIDADOS TERAPÉUTICOS EN ENFERMOS CON TRASPLANTE RENAL

MARIA DEL CARMEN LUCENA RUBIO, MÓNICA ALFARO CABALLERO, ROSARIO EXPÓSITO NOGALES

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal constituye la única forma terapéutica en pacientes con insuficiencia renal terminal o nefropatía que ya no le sirvan otros medios como la hemodiálisis o diálisis peritoneal para poder restablecer todas las funciones propias del riñón.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que establece el personal de enfermería en el trasplante renal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se basa en unas series de enseñanzas para pacientes, familia y sobre todo para los profesionales del sector (DUE y TCAE), esas enseñanzas son sobre medicación prescrita, alimentación, proceso de la enfermedad y sobre todo en la protección contra posibles infecciones. Además es principal determinar un diagnóstico, objetivo y actividades de enfermería pre y post trasplante, calidad de vida antes y después del trasplante secundario características sociodemográfica y determinar el motivo del trasplante.

CONCLUSIÓN: Hay que tener en cuenta las pautas prescritas antes y después del trasplante la necesidades que tienen cada paciente trasplantado y su seguimiento para obtener una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: SALUD, CALIDAD DE VIDA, HEMODIÁLISIS, RECHAZO TRASPLANTE.

LA REALIDAD VIRTUAL COMO UNA HERRAMIENTA VÁLIDA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD EN PACIENTES POST ICTUS

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE MONTERO-BANCALERO

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ictus representa la primera causa de discapacidad física en las personas adultas. El uso de la realidad virtual en la neurorehabilitación está siendo validada como una herramienta terapéutica, puesto que podría ayudar a los pacientes a mejorar acciones motoras bajo el prisma de la terapia orientada a una tarea, la repetición y el feedback instantáneo. Actualmente, entre los sistemas de realidad virtual disponibles en el mercado.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del uso de la realidad virtual para la mejora de la movilidad en pacientes que han sufrido un ictus.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Se realizó una búsqueda entre los meses de marzo-abril de 2017 en las bases de datos PubMed, Scopus, Lilacs, Dialnet y PEDro, empleando la siguiente estrategia de búsqueda: (stroke OR ictus) AND (balance OR "personal autonomy" OR "activities daily living" OR mobility). La calidad metodológica de los estudios se analizó con la escala PEDro.

RESULTADOS: Se incluyeron 12 ECAs, con un total de 293 participantes. La validez interna de los estudios osciló entre 4-8 puntos en la escala PEDro. La principal herramienta de medición de la movilidad empleada en los estudios fue el Timed Up and Go Test (TUG). Los resultados del metaanálisis no mostraron resultados significativos a favor de ningún grupo de entrenamiento-realidad virtual frente a terapia convencional- (MD=2.156; 95% CI=-0.847-5.159; P-valor=0.159).

CONCLUSIÓN: Por lo que no es posible afirmar que la terapia virtual sea más o menos efectiva para recuperar la movilidad post-ictus que la terapia convencional, ya que en ningún caso se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

PALABRAS CLAVE: REALIDAD VIRTUAL, EQUILIBRIO, MOVILIDAD, ICTUS, FISIOTERAPIA.

BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL PARA LA MEJORA DEL EQUILIBRIO PROACTIVO EN PACIENTES POST ICTUS

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE MONTERO-BANCALERO

INTRODUCCIÓN: Tras el ictus, los pacientes con debilidad y control muscular deficiente carecen de los ajustes posturales anticipatorios, continuados y proactivos necesarios para la estabilidad postural. El control postural y los ajustes anticipatorios proactivos aparecen sobre todo en el tronco, pero también en tobillos y caderas para permitir mantener el equilibrio, por lo que su déficit supone, entre otras cosas, un alto riesgo de caídas.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del uso de la realidad virtual para la mejora del equilibrio proactivo y los ajustes posturales en bipedestación en pacientes que han sufrido un ictus.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Se realizó una búsqueda entre los meses de marzo-abril de 2017 en las bases de datos Pubmed, Scopus, Lilacs, Dialnet y PEDro, empleando la siguiente estrategia de búsqueda: (stroke OR ictus) AND (balance OR "postural control"). La calidad metodológica de los estudios se analizó con la escala PEDro.

RESULTADOS: Se incluyeron 12 ECAs, con un total de 293 participantes. La validez interna de los estudios osciló entre 4-8 puntos en la escala PEDro. La principal herramienta de medición del equilibrio proactivo y los ajustes posturales en bipedestación fue el Functional Reach Test (FRT). Los resultados del metaanálisis no mostraron diferencias significativas entre los grupos en función de la modalidad.

CONCLUSIÓN: Por lo que no es posible afirmar que la terapia virtual sea más o menos efectiva para recuperar el equilibrio proactivo en bipedestación, ya que en ningún caso se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

PALABRAS CLAVE: REALIDAD VIRTUAL, EQUILIBRIO, MOVILIDAD, ICTUS, FISIOTERAPIA.

EFFECTIVIDAD DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES POST ICTUS

CRISTINA GARCIA-MUÑOZ, MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE MONTERO-BANCALERO

INTRODUCCIÓN: El principal objetivo de la fisioterapia en los pacientes que han sufrido un ictus es recuperar la máxima capacidad funcional para facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y sociolaboral de la persona. En los últimos años, el uso de las nuevas tecnologías aplicada a la neurorehabilitación ha experimentado un importante desarrollo.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del uso de la realidad virtual para la mejora de la funcionalidad en pacientes que han sufrido un ictus.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Se realizó una búsqueda entre los meses de marzo-abril de 2017 en las bases de datos PubMed, Scopus, Lilacs, Dialnet y PEDro, empleando la siguiente estrategia de búsqueda: (stroke OR ictus) AND (balance OR "personal autonomy" OR "activities daily living"). La calidad metodológica de los estudios se analizó con la escala PEDro.

RESULTADOS: Se incluyeron 12 ECAs, con un total de 293 participantes. La validez interna de los estudios osciló entre 4-8 puntos en la escala PEDro. La principal herramienta de medición de la funcionalidad empleada en los estudios fue la Functional Independence Measure (FIM). Los resultados del metaanálisis mostraron resultados significativos a favor de la realidad virtual para la recuperación de la funcionalidad post-ictus (MD=0.549; 95% CI=0.096-1.001;P-valor=0.017).

CONCLUSIÓN: La terapia mediante el uso de la realidad virtual no solo parece ser igual de efectiva para mejorar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria en paciente post ictus, sino que en algunos casos aparece incluso como una mejor opción terapéutica.

PALABRAS CLAVE: REALIDAD VIRTUAL, EQUILIBRIO, FUNCIONALIDAD, ICTUS, FISIOTERAPIA.

CASO DE COCCIGODINIA NO TRAUMÁTICA EN MUJER DE 37 AÑOS

MARIA NIEVES LACASA GARCIA, MARIA ISABEL HERNANDEZ ARCAS, MARIA DEL PILAR MARTINEZ ROBLES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años que acude al centro de salud, por padecer dolor en la sedestación prolongada, que ha ido progresivamente empeorando desde el último año. La paciente refiere dolor a la palpación localizado en la zona coccígea. No ha sufrido traumatismo en la zona afectada. Declara que en su trabajo, pasa la mayor parte del tiempo sentada y que esta situación afecta a su rendimiento. Posee antecedentes de dolor lumbar esporádico, sobrepeso y dos partos eutócicos en los últimos cuatro años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta hiperlordosis, limitación de la flexo-extensión lumbar. Lasegue y bragard negativos. En la radiografía se observa desplazamiento posterior de las dos últimas vertebrae coccígeas.

JUICIO CLÍNICO: Coccigodinia no traumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la anamnesis inicial, la sospecha diagnóstica fue de episodio de lumbalgia relacionado con la postura, con posible pinzamiento discal o de raíz nerviosa o con un proceso artrósico. La radiografía ayudó a confirmar el diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento comprenderá educación para el mantenimiento de una buena higiene postural, la pérdida de peso y la realización frecuente de ejercicios que mejoren la flexibilidad de los tejidos blandos, la hipomovilidad de las articulaciones sacroilíacas y la hipermovilidad del segmento lumbar L4-S1 y así procurar una disminución del dolor producido por el contacto del peso corporal en la zona.

CONCLUSIONES: La coccigodinia es frecuente en mujeres, en edades comprendidas entre 30-50 años. En mujeres sedentarias, obesas, con actividad laboral mayoritariamente en sedestación aumenta el riesgo de sufrir esta alteración.

PALABRAS CLAVE: COCCIGODINIA, SACRO, LUMBALGIA, DOLOR.

TRATAMIENTO CON EPI Y EJERCICIO EXCÉNTRICO PARA TENDINOPATÍA ROTULIANA

ÁLVARO PEREA DEL POZO, ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, MIGUEL DELGADO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La tendinopatía rotuliana o rodilla de saltador es una patología muy frecuente que normalmente afecta al origen del tendón en el polo inferior de la rótula, cursando con inflamación local y dolor en dicha zona. Actualmente se considera un proceso degenerativo debido a la presencia de la degeneración mixoide, la interrupción de las fibras de colágeno y signos de la hipoxia en los tenocitos y macrófagos residentes. En torno a una 14% de la población deportiva ha sufrido o sufre dicha lesión.

OBJETIVOS: Promover el tratamiento con EPI y ejercicio excéntrico y su importancia, para pacientes con tendinopatía.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Embase, Web of knowledge, Ibecs etc...) Así como en múltiples artículos científicos relacionados con la Tendinopatía Rotuliana. Utilizando descriptores tales como: Tendinopatía rotuliana, ejercicios excéntricos, EPI, electrolisis percutánea intratisular.

RESULTADOS: El principal descubrimiento fue la mejoría de los pacientes cuando se realizaba el tratamiento combinado de EPI con ejercicios excéntricos, frente al tratamiento de solo la realización de ejercicios excéntricos. También se obtuvieron buenos resultados con respecto a la sintomatología, función de la rodilla y regreso prematuro a la actividad deportiva.

CONCLUSIÓN: La EPI combinada con la realización de ejercicios excéntricos en esta patología resultó provocar una notable mejoría en la función de dicha articulación y en el rápido retorno de los pacientes deportistas a su actividad diaria. Este procedimiento ha demostrado ser seguro, sin recurrencias a largo plazo. La realización de EPI provoca una ablación electroquímica no térmica a través de un flujo catódico directamente en el lugar de la degeneración. Dicha ablación causa una reacción orgánica de la cual resultará una inflamación localizada en el tejido a tratar, esto nos conducirá a una rápida regeneración del tendón lesionado. Nuestra intención es ver la efectividad de esta técnica para la patología antes descrita, tratamiento que a su vez combinaremos con ejercicios excéntricos los cuales provocan una elongación del tendón.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, EPI, EJERCICIOS EXCÉNTRICOS, TENDINOPATÍA, ELECTROLISIS PERCUTÁNEA INTRATISULAR.

EFFECTOS DEL KINESIOTAPE EN PACIENTES CON EPICONDILITIS

ÁLVARO PEREA DEL POZO, MIGUEL DELGADO MUÑOZ, ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La epicondilitis es una patología musculoesquelética debida al uso excesivo de los extensores de la muñeca, particularmente el extensor radial corto del carpo. Dicha lesión tiene un predominio estimado en la población general de un 1% -3%, y normalmente está asociada a personas con ocupaciones o pasatiempos que implican movimiento repetitivo de la muñeca.

OBJETIVOS: Analizar y conocer los efectos que tiene el kinesiotape en pacientes con epicondilitis.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Embase, Web of knowledge, Ibecs etc...) Así como en múltiples artículos científicos relacionados con la Epicondilitis. Utilizando descriptores tales como: Epicondilitis, Kinesiotape, fisioterapia, vendaje neuromuscular.

RESULTADOS: Hay resultados contradictorios en los artículos revisados con respecto a la mejoría en la fuerza de agarre provocada por el uso de KT, siendo esta técnica en algunos muy beneficiosa en otra posición de otros en los que no hubo diferencias significativas. Esto pudo deberse al diferente ángulo de colocación de la articulación durante la medición de resultados. Por norma general se observa una reducción, aunque mínimamente significativa, del dolor. Además, no se observaron efectos secundarios después de la aplicación.

CONCLUSIÓN: En la mayoría de los estudios revisados el KT produce una disminución de la intensidad del dolor y una mejora con respecto a los grados de movimiento de la articulación afectada. No obstante se observaron una serie de limitaciones, tales como el tamaño de la muestra de algunos estudios o el tiempo de uso del KT. Clínicamente se observa con la aplicación del KT como los pacientes a menudo informan sobre el alivio de síntomas, comodidad y / o estabilidad de la articulación afectada. Con esta revisión bibliográfica comprobaremos los efectos fisiológicos de KT, como la reducción del dolor o las sensaciones anormales. Esto lo conseguiremos a través del drenaje de la sangre y el líquido linfático debajo de la piel y corrección de la disposición de la articulación.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, KINESIOTAPE, EPICONDILITIS, VENDAJE NEUROMUSCULAR.

FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO Y ALTERACIONES POSTPARTO

LAURA LUQUE CUÉLLAR, MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO, ELISABET MARTÍN ROLDÁN

INTRODUCCIÓN: La mayoría de las alteraciones que sufre la mujer en el suelo pélvico están estrechamente relacionadas con el embarazo y más aún con el parto, durante el parto la musculatura del suelo pélvico es sometida a una importante elongación que tiene como consecuencia una reducción en la capacidad contráctil por lo que es normal que existan cambios en el tono muscular de esta zona y aparezcan otras alteraciones entre las que destacamos la incontinencia urinaria y fecal, desgarros musculares, prolapso genitales y las alteraciones sexuales.

OBJETIVOS: El objetivo de ésta revisión es analizar cuáles son los factores predisponentes a estas alteraciones y la definición de la intervención del fisioterapeuta en el tratamiento y mejora de los síntomas.

METODOLOGÍA: Para cumplir con el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Medline, Scielo, ScienceDirect, PubMed, Dialnet, Cochrane Plus, PEDro.

RESULTADOS: La mayoría de estudios utilizados para esta revisión coinciden como factores predisponentes preparto al sedentarismo y la obesidad; y a los factores hormonales y el propio parto como los principales factores postparto en las alteraciones del suelo pélvico, por lo que se recomienda como tratamiento una serie de técnicas y procedimientos conservadores como la terapia conductual, la electroestimulación, el biofeedback y programas de entrenamiento de ejercicios musculares para la potenciación y equilibración del tono pelviano, siempre realizado por un fisioterapeuta cualificado el cual realice una valoración y evolución adecuadas.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia es la opción de tratamiento precoz más eficaz a estas alteraciones y el biofeedback se considera la más efectiva. Como punto negativo encontramos la falta de perseverancia del paciente hacia el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: SUELO PÉLVICO, POSTPARTO, EMBARAZO, INCONTINENCIA URINARIA.

LA PUNCIÓN SECA COMO HERRAMIENTA FISIOTERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS TENSIONALES

MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO, LAURA LUQUE CUÉLLAR, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: La punción seca es una técnica semi-invasiva para el tratamiento del síndrome de dolor miofascial. Consiste en la punción del músculo con una aguja estéril con el objetivo de buscar el punto gatillo -causante del dolor miofascial- para presionarlo y desactivarlo produciendo una relajación muscular refleja acabando así con el dolor. Se estudiará esta técnica en el tratamiento de la cefalea tensional que es uno de los problemas más frecuentes e incapacitantes actualmente.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es evaluar la eficacia de la punción seca en los puntos gatillo de la musculatura cervical en pacientes con cefalea tensional.

METODOLOGÍA: Para cumplir con el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos tales como: Scielo, ScienceDirect, Medline, PEDro, PubMed, Dialnet y Cochrane Plus.

RESULTADOS: En los estudios se evaluaba la ansiedad, depresión, discapacidad por el dolor, frecuencia, dolor, intensidad, discapacidad cervical y la calidad de vida de los pacientes. Se han obtenido resultados significativos a los 2-3 días de tratamiento para los valores de intensidad, frecuencia y dolor. Se reduce el estado de depresión del paciente incrementando la calidad de vida y de sueño. En el resto de las evaluaciones no se han obtenido resultados significativos, pero sí positivos.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de punción seca, combinado con ejercicios y estiramientos, en pacientes con cefaleas tensionales puede ser calificado de exitoso al disminuir el dolor subjetivo del paciente y aumentar el umbral de dolor, mejorando el rango de movimiento articular. Siendo considerada una técnica eficaz a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE DOLORMIOFASCIAL, CEFALÉA TENSIONAL, PUNCIÓN SECA, FISIOTERAPIA INVASIVA.

TRABAJO DE LA MUSCULATURA INSPIRATORIA TRAS CIRUGÍA TORÁCICA

ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO, ANA MARIA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ENCARNACIÓN MARÍA NAVARRO LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Tras cualquier intervención torácica, como es el caso de la cirugía cardíaca, se ve afectada la musculatura respiratoria suponiendo un problema añadido en la fase postoperatoria, la cual hay que tener también en cuenta en la recuperación, sumándola al tratamiento de los efectos de la cirugía en sí. Hay que destacar la importancia de esta musculatura, ya que produce una disfunción respiratoria que puede dar lugar a numerosas patologías en el paciente, como pueden ser la disnea, infecciones respiratorias, etc.

OBJETIVOS: Corroborar si el tratamiento de la musculatura inspiratoria en la fase preoperatoria de una cirugía cardíaca puede ayudar a disminuir la disfunción respiratoria en la fase postoperatoria.

METODOLOGÍA: Se formaron dos grupos de 15 personas cada uno. El grupo 1 recibió tratamiento domiciliario de entrenamiento de los músculos inspiratorios dos veces a la semana. El grupo 2 recibió orientaciones generales sin entrenar la musculatura inspiratoria. Se anotaron los datos obtenidos en ambos grupos antes y después de la cirugía de las presiones espiratorias e inspiratorias máximas y de las gasometrías.

RESULTADOS: Se observó que tras el trabajo de la musculatura inspiratoria aumentaron los siguientes parámetros respiratorios: capacidad vital forzada, ventilación voluntaria máxima, relación entre el volumen espirado en el primer segundo y la capacidad vital forzada. No se mostraron cambios en las gasometrías ni en las presiones espiratoria e inspiratoria máximas.

CONCLUSIÓN: A pesar de que no se demuestra claramente los beneficios clínicos de este entrenamiento, sí se puede afirmar que produce la mejora de la capacidad vital forzada y la ventilación voluntaria máxima.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, REHABILITACIÓN CARDÍACA, MUSCULATURA INSPIRATORIA, CIRUGÍA TORÁCICA.

PACIENTE ADULTA CON METATARSALGIA CAUSADA POR NEUROMA DE MORTON

MARIA NIEVES LACASA GARCIA, MARIA DEL PILAR MARTINEZ ROBLES, MARIA ISABEL HERNANDEZ ARCAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 54 años que acude al centro de salud por padecer dolor en la cara anterior del antepié de dos meses de evolución. La paciente refiere un dolor localizado entre el tercer y el cuarto espacio interdigital del pie derecho que se manifiesta en la bipedestación y en marchas prolongadas. No recuerda caída ni golpe reciente ni con anterioridad en el pie. En su trabajo permanece muchas horas de pie y declara utilizar con frecuencia calzado estrecho y con tacón. Antecedentes personales de esguince de ligamento lateral externo en tobillo derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la inspección visual frontal en bipedestación observamos un desplazamiento interno del centro de la rodilla con respecto al eje mecánico que nos hace sospechar de un valgo estructurado. Hay limitación de la flexoextensión activa de los dedos de los pies y de la flexión dorsal del tobillo. Prueba de Mulder positiva.

JUICIO CLÍNICO: Metatarsalgia por neuroma de Morton en pie derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos anteriores, se sospecha fractura por sobrecarga del segundo meta del pie, artritis metacarpofalángica. Como las radiografías no muestran foco de descalcificación, ni líneas de fractura, ni esclerosis, fueron descartadas. La prueba de Mulder positiva en la exploración clínica, se confirma con un estudio ecográfico de los nervios interdigitales.

PLAN DE CUIDADOS: En general, no hay consenso acerca del tratamiento más indicado para esta patología. El tratamiento fisioterápico puede basarse en estiramientos de la musculatura posterior de la pierna dirigidos a reducir la hiperpronación del antepié y así descomprimir el nervio atrapado contra la cabeza de los metatarsianos. También estaría indicado vendaje funcional, electroterapia analgésica y ultrasonidos.

CONCLUSIONES: El neuroma de Morton es una patología frecuente en personas que permanecen largo tiempo de pie y caminando. El tipo de calzado es determinante en esta alteración aunque su etiología no está clara.

PALABRAS CLAVE: MORTON, NEUROMA, METATARSALGIA, DOLOR.

PAPEL DE LA LECHE DE VACA EN LAS AGUDIZACIONES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA : ESTUDIO CASO Y CONTROL

GONZALO BALLESTEROS REVIRIEGO, MIGUEL ANGEL PEREZ TEODORO

INTRODUCCIÓN: Las agudizaciones en el paciente EPOC, suponen un agravamiento de los síntomas de la enfermedad. Es necesario abordar el problema desde distintos ángulos y analizar el papel de la nutrición en esta patología. El objetivo principal fue evaluar la relación entre el consumo de leche de vaca y las agudizaciones en el paciente EPOC.

OBJETIVOS: Evaluar la relación entre el consumo de leche de vaca y las agudizaciones en el paciente con patología EPOC. Conocer los hábitos alimentarios de los pacientes con patología EPOC tras la aplicación de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo de casos y controles. El grupo Casos incluye a los pacientes que hayan sufrido agudizaciones en el último año y el grupo Control los que no. La variable principal del estudio es el consumo de leche de vaca. Otras variables del estudio son dieta ingerida, sexo, edad, grado de EPOC, consumo de alcohol y tabaco. Los datos fueron obtenidos gracias a la historia clínica del paciente y a un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA).

RESULTADOS: 14 Pacientes han sido incluidos en el estudio, de los cuales el 57,1 % de los Casos están expuestos al factor de exposición. Estar expuesto a este factor OR (IC%95) 1,78 (0,21-14,77), favorece a la aparición de agudizaciones. La variable dieta ingerida (no saludable) obtuvo una OR (IC%95) de 3,33 (0,36-30,7), determinando que el hábito de no comer saludable favorece las agudizaciones. No se observa significación estadística en los valores ($p>0,05$).

CONCLUSIÓN: No se ha demostrado que la exposición al consumo de leche de vaca favorezca a la aparición de agudizaciones en la EPOC. Es necesario la realización de más estudios que reduzcan las limitaciones observadas.

PALABRAS CLAVE: EPOC, AGUDIZACIONES, SECRECIONES BRONQUIALES, LECHE.

ABORDAJE FISIOTERÁPICO DE LA INCONTINENCIA FECAL MEDIANTE LA NEUROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANDREA GONZALEZ BALLESTEROS, ISABEL MARIA GOMEZ VALERO, GUADALUPE MOLINA TORRES

INTRODUCCIÓN: La Asociación Española de Coloproctología define la incontinencia fecal como la falta de control de la evacuación o el escape involuntario de heces sólidas, líquidas o gases. En función del grado o gravedad que tenga la incontinencia esta puede ocasionar situaciones personales y sociales incapacitantes.

OBJETIVOS: Analizar los estudios realizados sobre neuroestimulación del tibial posterior como tratamiento fisioterápico de la incontinencia fecal.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tratamiento fisioterápico de la incontinencia fecal mediante la neuroestimulación del tibial posterior. Se consultaron diferentes bases de datos (Pubmed, WOS y Cochrane Plus). En todos los casos, la búsqueda se limitó al intervalo 2013-2018. Se emplearon los descriptores; “fecal incontinence”, “posterior tibial nerve stimulation” y “physical therapy”. Los criterios de inclusión establecidos fueron: 1) Estudios que analicen el tratamiento de la incontinencia fecal mediante neuroestimulación del tibial posterior; 2) con acceso al texto completo y 3) escritos en inglés o español. De un total de 71 publicaciones, fueron seleccionadas 5.

RESULTADOS: Los resultados muestran que el tratamiento con neuroestimulación del tibial posterior es un tratamiento de primera elección para pacientes con incontinencia fecal que no han podido mejorar con biofeedback.

CONCLUSIÓN: Sería necesario desarrollar nuevos y diferentes tratamientos conservadores que permitan seguir evolucionando en los protocolos fisioterápicos en la incontinencia fecal.

PALABRAS CLAVE: INCONTINENCIA FECAL, NEUROESTIMULACIÓN TIBIAL POSTERIOR, FISIOTERAPIA, SUELO PÉLVICO.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO TRAS UNA PROSTATECTOMÍA

MARÍA JOSÉ CÁNOVAS GASPAR, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ FERNÁNDEZ, ESTHER BAIXAULI CUENCA, CAROLINA ALONSO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata está considerado el segundo tumor más frecuente entre la población masculina. Su aparición aumenta con la edad y causa la muerte a un porcentaje alto de la población que lo padece. El carcinoma de próstata se trata actualmente con la extirpación (prostatectomía) y radioterapia. Las secuelas más relevantes son la incontinencia urinaria e impotencia sexual.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del tratamiento de fisioterapia para mejorar la incontinencia urinaria en pacientes sometidos a una prostatectomía tras sufrir cáncer de próstata.

METODOLOGÍA: Se seleccionan casos clínicos publicados en revistas sanitarias entre los años 2008-2014 y con nivel de evidencia alto y moderado según el sistema GRADE. En todos los casos clínicos seleccionados a los pacientes se les ha pasado el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF y el test IPSS y la prueba del Pad-Test.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes padecen incontinencia urinaria tras someterse a una extirpación de la próstata. En los casos en los que la recuperación de la musculatura no sea espontánea después de 3-4 semanas de la operación, la realización de fisioterapia de suelo pélvico junto con técnicas de electroterapia con o sin biofeedback provoca una mejoría estadísticamente significativa que en algunos casos puede resolver el problema y en otros mejorar los síntomas y como consecuencia la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN: De acuerdo a los casos clínicos revisados para realizar este trabajo queda constatado que el fortalecimiento precoz de la musculatura del suelo pélvico y abdomen tras sufrir una extirpación de próstata es una alternativa terapéutica que debe ser bien considerada. La terapia es efectiva tanto si es realizado de forma manual por el fisioterapeuta o con la ayuda de aparatología. La fisioterapia de suelo pélvico siempre está recomendada antes y después de someterse a una prostatectomía.

PALABRAS CLAVE: PRÓSTATA, INCONTINENCIA URINARIA, PROSTATECTOMÍA, CÁNCER.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

INTRODUCCIÓN: La Fibromialgia es una enfermedad que produce un dolor crónico generalizado cuya causa es desconocida. Esta patología va unida a una sensación de agotamiento, pérdidas de memoria y cambios en el estado de ánimo. Lo cual influye negativamente en su calidad de vida. Se diferencian cuatro tipos de subgrupos como el tipo I Fibromialgia pura o idiopática; Tipo II asociada a patologías crónicas autoinmunes o reumáticas; Tipo III asociada a enfermedad psiquiátrica y tipo IV asociada a enfermedad psicopatológica.

OBJETIVOS: Analizar las distintas medidas que se establecen en los pacientes con fibromialgia para paliar el dolor y mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de diversos artículos científicos sobre el tema de estudio. Las bases de datos utilizadas fueron las incluidas en los buscadores Pubmed y Dialnet. Los descriptores utilizados: fibromialgia, dolor crónico, calidad de vida, fatiga crónica y depresión. La búsqueda fue limitada a artículos académicos publicados entre 2014 y 2018 en español o inglés. Se obtuvieron 119 resultados, se seleccionaron 3 artículos que cumplieran con los criterios de selección establecidos.

RESULTADOS: El ejercicio aeróbico, la marcha nórdica, los estiramientos y la bicicleta estática ayudan a mejorar el estado de ánimo, disminuyen la depresión, aumentan la capacidad física, disminuyen el estrés y aumentan la funcionalidad aunque en ocasiones aumente el dolor pero de forma temporal. Aún con estos resultados, las actividades no son contraindicadas.

CONCLUSIÓN: Una vida social activa y la realización de ejercicios físicos benefician su calidad de vida, mejoran su masa muscular y ayuda en sus relaciones sociales. Todo ello hace pensar en un tratamiento alternativo al de los tratamientos farmacológicos.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, DOLOR CRÓNICO, CALIDAD DE VIDA, FATIGA CRÓNICA, DEPRESIÓN.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS EL EMBARAZO

ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES, INES SEGOVIA AGUILERA, FRANCISCO JESUS ARANDA GARCIA

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria se define como " la perdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que causa un problema social e higiénico. " (International Continence Society). Según el Observatorio Nacional de Incontinencia, datos epidemiológicos del 2010, existe una prevalencia global del 24%, aumentando en un 30%- 40% en mujeres de edad mediana. El embarazo y el parto son unos de los principales factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria ya que favorecen el debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico, así como problemas en la vascularización e inervación de estos músculos tan importantes ya que son los encargados de mantener la continencia. Un trabajo preventivo de la reeducación del suelo pélvico podría disminuir dichas alteraciones.

OBJETIVOS: Demostrar la eficacia de la fisioterapia en la prevención de la incontinencia urinaria postparto y reconocer las diferentes técnicas a realizar.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed usando los operadores booleanos AND y OR con los descriptores "physical therapy modalities", "pelvic floor rehabilitation", "during pregnancy", "after pregnancy", "postpartum", "prevention of urinary incontinence". Se excluyeron los artículos que no encontramos el texto completo.

RESULTADOS: Entre las técnicas que se utilizan para la reeducación del suelo pélvico destacamos la cinesiterapia, biofeedback, electroestimulación, reeducación manual intravaginal, siendo muy importante la enseñanza a contraer correctamente la musculatura ante esfuerzos como toser, estornudar, reír, etc. Todos los artículos estudiados demuestran que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es eficaz para prevenir la incontinencia urinaria tras el embarazo.

CONCLUSIÓN: Está demostrado que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es eficaz para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y en el postparto, así como para el aumento de la fuerza muscular, mejorando la calidad de vida de las pacientes.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, INCONTINENCIA URINARIA, POSTPARTO, EMBARAZO, PREVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO.

LAS ALTERACIONES DE LA COORDINACIÓN EN EL SÍNDROME AUTISTA Y LA FISIOTERAPIA

DIEGO ORTIZ SUAREZ

INTRODUCCIÓN: Las personas con síndrome autista suele presentar una grave afectación en la psicomotricidad, sobre todo en el área de la coordinación, por lo que la fisioterapia puede aportar numerosos beneficios.

OBJETIVOS: El presente estudio tiene como objetivo analizar la existencia de alteraciones de la coordinación motora en personas con síndrome autista y la necesidad de intervención de la fisioterapia.

METODOLOGÍA: Para el estudio se ha tomado una muestra de 5 niños de edades comprendidas entre 16 y 20 años, cuyo criterio de inclusión fue estar diagnosticados de síndrome autista. Dicho estudio se llevó a cabo desde el mes de abril hasta junio de 2016. La muestra fue sometida a diferentes test y pruebas para valorar su desarrollo psicomotor y en concreto el área de la coordinación.

RESULTADOS: En este estudio se comprueba que el 90% de la muestra evidencia alteraciones en la coordinación motora.

CONCLUSIÓN: Las personas autistas presentan en muchos casos alteraciones de la psicomotricidad, en concreto en la coordinación motora tanto fina como gruesa y la fisioterapia puede aportar soluciones y programas adecuados para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: AUTISMO, PSICOMOTRICIDAD, FISIOTERAPIA, COORDINACIÓN.

USO DE MAGNETOTERAPIA EN CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS

ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, ÁLVARO PEREA DEL POZO, MIGUEL DELGADO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La magnetoterapia es una terapia física que consiste en la aplicación de campos magnéticos sobre una región del cuerpo, en el caso de esta revisión su aplicación busca favorecer la regeneración ósea en fracturas de difícil consolidación. La magnetoterapia parece tener importantes efectos fisiológicos sobre la zona de la fractura donde se aplica, siendo esta aplicación dependiente de la frecuencia de las ondas.

OBJETIVOS: Conocer el uso de la magnetoterapia para la consolidación de fracturas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, PEDro, SCielo, Web of knowledge IBECs, etc. Se han utilizado descriptores tales como magnetoterapia, pseudoartrosis, magnetotherapy, fracture.

RESULTADOS: En todos los estudios utilizados para esta revisión los resultados comprobados a través de gammagrafía ósea muestra cambios estadísticamente significativos en los grupos tratados con sesiones de baja frecuencia, de entre 20-30 minutos diaria siendo más efectivos en fracturas con procesos de no consolidación o retardo. Pese a que los resultados son positivos en cuanto a favorecer la consolidación ósea en procesos de no consolidación o retardo, la aplicación de este tipo de terapia con el objetivo de reducir tiempos de consolidación en fracturas de evolución normal no parecen ser significativos por lo que podría no ser tan necesaria su aplicación en el caso de una fractura normal.

CONCLUSIÓN: La magnetoterapia sobre el tejido óseo consiste en inducir por medio de la piezoelectricidad corrientes eléctricas de mínima intensidad para estimular los osteoblastos incrementando la formación de tejido óseo. También de manera secundaria pretende aumentar el ritmo de producción de colágeno, algo importante si tenemos en cuenta que constituye más de un 20% del tejido óseo. Dichos efectos son buscados en fracturas de cualquier índole intentando reducir los tiempos de consolidación tanto en fracturas que presentan una consolidación normal como anormal.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, MAGNETOTERAPIA, CONSOLIDACIÓN, FISIOTERAPIA.

DISTENSIÓN DEL LIGAMENTO LATERAL INTERNO DE LA RODILLA

JUANA MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, NEREA MARIA CALVO TENDERO, GONZALO GEA CARRASCO, CARLOS SÁNCHEZ FEMENÍA, ELISA FERNANDEZ MOLINA, DAVID SÁNCHEZ FEMENÍA, JUAN BAUTISTA ORTUÑO CARBONERO, MARIA ELENA ALCARAZ CABALLERO, MARIA JOSE GONZALEZ CARRILLO, EMILIA ORTEGA MARTINEZ, MARÍA JOSÉ GUTIERREZ LORCA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Chica de 15 años que acude a consulta con leve inflamación y dolor en la rodilla derecha. Nos cuenta que sufrió una caída esa mañana pero que pudo continuar con su actividad habitual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No se aprecia derrame articular. Refiere dolor que aumenta con la palpación en la cara interna de la rodilla y con la maniobra de valgo forzado. Los tests del cajón anterior y posterior y el test de Apley muestran resultados negativos. El test de distracción es positivo al realizar rotación externa. Las radiografías no muestran lesiones.

JUICIO CLÍNICO: Los resultados de los test y la localización del dolor nos orientan hacia una distensión del ligamento lateral interno. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las radiografías excluyen las lesiones óseas. Las pruebas funcionales descartan la afectación de los meniscos y de los ligamentos cruzados y lateral externo.

PLAN DE CUIDADOS: Dos días de reposo con aplicación de frío local tres veces diarias. Después iniciar el tratamiento con fisioterapia: corrientes interferenciales, por su acción analgésica y antiinflamatoria, técnicas de masoterapia y cinesiterapia y trabajo de la propiocepción.

CONCLUSIONES: El diagnóstico que realizamos es el de distensión del ligamento lateral interno. Con el tratamiento anteriormente indicado la paciente evolucionó favorablemente. Si la sintomatología hubiese persistido, habría sido aconsejable realizar una resonancia magnética para comprobar que el diagnóstico, basado principalmente en las pruebas funcionales, no era erróneo.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, RODILLA, LIGAMENTO, DISTENSIÓN.

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO

MARTA ROBLES MATEO

INTRODUCCIÓN: Para las mujeres en el periodo postparto, la disfunción de suelo pélvico supone un problema de gran prevalencia. La incontinencia urinaria, que es la disfunción más frecuente de suelo pélvico, está altamente relacionada con factores de riesgo como son el embarazo y el parto. Esta disfunción repercute considerablemente en la calidad de vida de las mujeres provocando, además, problemas psicosociales y fisiológicos. Por lo que encontramos que hay estudios que afirman que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico reduce significativamente la aparición de este tipo de disfunciones de la musculatura pélvica.

OBJETIVOS: Determinar las medidas preventivas de las disfunciones del suelo pélvico en el postparto.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática de bibliografía en que la que seleccionamos artículos científicos encontrados en las bases de datos PubMed, Scopus, Cochrane Plus, LILACS, IME y en buscadores como Google Académico. Para ello usamos los marcadores y los descriptores como: “urinary incontinence and postpartum”, “treatment and prevention pelvic floor dysfunction”, “Pelvic floor dysfunction and postpartum” y “Exercises pelvic floor and postpartum”.

RESULTADOS: Para la prevención de disfunciones como la incontinencia urinaria es efectivo el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, aumentando su eficacia si promovemos un trabajo en conjunto por parte de la enfermería, la fisioterapia y la obstetricia.

CONCLUSIÓN: Por lo que se puede confirmar que es efectivo el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para prevenir y tratar las disfunciones asociadas a la musculatura del mismo durante el postparto.

PALABRAS CLAVE: POSTPARTO, SUELO PÉLVICO, INCONTINENCIA URINARIA, ENTRENAMIENTO MUSCULAR.

ANÁLISIS SOBRE LAS TERAPIAS DE TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

MARTA ROBLES MATEO

INTRODUCCIÓN: El síndrome del túnel carpiano lo definimos como el conjunto de síntomas y signos que se muestran a causa de un atrapamiento por compresión en el nervio carpiano que se encuentra situado en el túnel carpiano.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de la fisioterapia en los pacientes que sufren el síndrome del túnel carpiano.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda de bibliografía que contuviera ensayos clínicos controlados y aleatorios en las bases de datos PubMed, WOS y PEDro. Se usó para ello las siguientes descriptores: Carpal Tunnel Syndrome, Physical Therapy y Physiotherapy.

RESULTADOS: Para el tratamiento del túnel carpiano, la fisioterapia es un buen medio de intervención, y más concretamente, las terapias que obtienen más beneficios son la aplicación férulas en combinación con otras terapias como pulso magnético y microondas.

CONCLUSIÓN: El tipo de intervención usaban de cara al tratamiento del síndrome del túnel carpiano, los cuales eran principalmente: masaje, uso de férulas, láser, iontoforesis, estiramientos, microondas y ultrasonidos.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, TERAPIA FÍSICA, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTO.

LA FISIOTERAPIA EN LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

MARIA DOLORES RUIZ CAMACHO, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, EVA RANDO TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 21 años que ingresa en el servicio de Urgencias de su Hospital de referencia trasladada desde su domicilio por el 061 tras presentar un cuadro súbito de cefalea intensa acompañado de deterioro brusco del nivel de conciencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente se muestra confusa y agitada junto con hemiparesia derecha y anisocoria (pupila izquierda midriática). Se le practica TAC de cráneo sin contraste visualizándose una hemorragia parenquimatosa fronto-parietal izquierda con extensión a ventrículos laterales, III y IV ventrículos y borramiento de surcos en relación con edema cerebral. Se realiza angio-TC de cráneo observándose un nido de vasos patológico en relación con el hematoma parenquimatoso, así como venas aumentadas de calibre, sugestivo de malformación arteriovenosa (MAV). Se procede a ingreso para tratamiento quirúrgico urgente para evacuación de hematoma y resección completa de MAV. Tras la intervención la paciente se muestra orientada y obedece a órdenes. Presenta afasia motora y hemiplejía derecha con balance muscular de 1/5, tono muscular ante maniobras de provocación y parestesias e hipoalgesia de miembros derechos.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico secundario a ruptura de MAV fronto-parietal izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Rotura de aneurisma, Tumor/absceso cerebral, encefalitis, meningoencefalitis.

CONCLUSIONES: La hemorragia cerebrovascular es la forma más común de presentación de las MAV, frecuentemente tras un ACV el paciente requiere de tratamiento fisioterápico, basado en técnicas específicas de fisioterapia neurológica que ayuden al paciente a recuperar las funciones y habilidades perdidas, así como adaptarse a las limitaciones que el al daño cerebral ha ocasionado. La evolución es difícil de predecir pero existen numerosos estudios que demuestran que la instauración precoz del tratamiento rehabilitador y una adecuada dosificación de la frecuencia e intensidad de este mejora los resultados.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO, HEMIPLEJÍA.

CÓLICO DEL LACTANTE: MASAJE ABDOMINAL VERSUS TERAPIA MIOFASCIAL

FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ, SILVIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SARAY ORTEGA PÉREZ

INTRODUCCIÓN: El Cólico de Lactante (CL) es un trastorno que cada vez atendemos con más frecuencia en nuestras consultas de fisioterapia. Es motivo de preocupación de padres y acaba por afectar a la calidad de vida de estos y del bebé.

OBJETIVOS: Valorar la eficacia del masaje abdominal (MA) frente a la terapia miofascial (TM) en el CL.

METODOLOGÍA: Se realizaron dos grupos de forma aleatoria de 4 bebés cada uno entre 3 y 8 semanas de vida. Uno se trató con MA y el otro con TM durante 5 semanas realizando una sesión semanal. Como parámetros utilizamos las horas de llanto al día.

RESULTADOS: Del grupo tratado con MA tenemos el 75% niñas y el 25% niños. La media de horas de llanto iniciales es 5,5; la máxima de 7 y la mínima de 4. La media de horas de llanto finales es 3,25; siendo la máxima 4 y la mínima 1. Del grupo tratado con TM tenemos el 50% niñas y el 50% niños. La media de las horas de llanto iniciales es 4,75; la máxima de 6 y la mínima de 3. La media de horas de llanto finales es 2,25; la máxima de 4 y la mínima de 1.

CONCLUSIÓN: Según el estudio realizado observamos que con los dos métodos han disminuido las horas de llanto, siendo el MA el que ha conseguido una mayor reducción en el número de horas. Debido a que el tamaño de la muestra era pequeño no podemos decir que estos datos son concluyentes, además de que los parámetros utilizados para medir no son objetivos. Por lo tanto, debemos de seguir llevando a cabo estudios que demuestren una mayor evidencia científica ya que hemos observado en este estudio que hay una mejora en cuanto a la calidad de vida del bebé.

PALABRAS CLAVE: CÓLICO LACTANTE, MASAJE, TERAPIA MIOFASCIAL, FISIOTERAPIA.

FISIOTERAPIA A TRAVÉS DEL MASAJE INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE SUS EFECTOS

MARIA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, ELISABET MARTÍN ROLDÁN, MARIA AUXILIADORA GONZÁLEZ DELGADO

INTRODUCCIÓN: El masaje infantil es una técnica ancestral, que fue traída a occidente por el doctor Leboyer en la década de los 70. La técnica consiste en una estimulación táctil, mediante la repetición de ciertas maniobras de masaje a nivel de la cabeza, tronco y extremidades del niño.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es conocer la evidencia científica que existe en torno a los efectos del masaje infantil y sus beneficios, aplicado en niños con y sin patología.

METODOLOGÍA: Para cumplir con el objetivo de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos, a texto completo y con fecha de publicación no superior a 10 años, en las principales bases de datos: Medline, Scielo, ScienceDirect, PubMed, Dialnet, Cochrane Plus, PEDro.

RESULTADOS: Al analizar los distintos artículos encontrados, se pone de manifiesto que el masaje infantil genera numerosos efectos beneficiosos, tales como: mayor ganancia de peso, mejor desarrollo neurológico, mejor interacción madre-hijo, disminución en los días de hospitalización, efecto analgésico, mejoras en el patrón de sueño, disminución de las de hormonas del estrés. Sin embargo, no mostró resultados significativos en los cólicos en niños normales, ni disminución del llanto en niños con lesiones cerebrales.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir diciendo que está demostrado que el masaje infantil tiene múltiples efectos beneficiosos para el niño y para su madre, pero existen situaciones especiales en las que parece no ser efectivo. Para obtener una mayor concluencia, sería necesaria la realización de más estudios que comprobaran los distintos efectos del masaje infantil de forma aislada, comparando en una sola revisión, un sólo tipo de efecto. Sería conveniente darle mayor importancia y difusión a esta técnica, ya que ofrece a los padres una herramienta de estimulación para sus niños y una forma de interactuar con ellos, para así aprender a conocerlos mejor.

PALABRAS CLAVE: MASAJE INFANTIL, SHANTALA, ESTIMULACIÓN TÁCTIL, FISIOTERAPIA.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SECUELAS DE FISURA DE CODO: A PROPÓSITO DE UN CASO

SILVIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SARAY ORTEGA PÉREZ, FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente niño de 7 años. Fisura del epicóndilo lateral del codo derecho en febrero de 2014. Se resolvió con 3 semanas de inmovilización y 2 meses de fisioterapia, alcanzando la normalidad. No antecedentes médicos de interés. No patologías previas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Recogida de los informes médicos. Valoración y diagnóstico fisioterápico. Informe radiológico de febrero de 2014 de la fisura e informe de RNM de octubre de 2017 con diagnóstico de acortamiento y engrosamiento del tendón de inserción del bíceps braquial.

JUICIO CLÍNICO: Impotencia funcional de MSD en las AVDs tras recidiva sin motivos aparentes por antigua fisura de 3 años de evolución. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Impotencia funcional MSD con pérdida de la autonomía para las AVDs (vestirse, aseo personal, escritura, juegos, etc.).

PLAN DE CUIDADOS: El paciente requiere mejora de la impotencia funcional a través del manejo del dolor, aumento de la movilidad articular y el del balance muscular.

CONCLUSIONES: Tras valoración fisioterápica: BM codo derecho 3 a la flexión, extensión, pronación y supinación. BA codo derecho: flexión solo 10° de movilidad de los 100° a los 110°, extensión -80°, pronación completa y -10° de supinación. Dolor EVA 9. Atrofia de la musculatura del bíceps y deltoides. Actitud de defensa en flexo y rotación interna del MSD con desviación cubital de la muñeca derecha. El paciente requiere fisioterapia inmediata para mejora de su calidad de vida y conseguir la autonomía en las AVDs.

PALABRAS CLAVE: CODO, FISURA, RECIDIVA, PEDIATRÍA.

APLICACIÓN DEL RODILLO MIOFASCIAL SOBRE SÍNDROME DE ISQUIOTIBIALES CORTOS

CARLOS SÁNCHEZ FEMENÍA, DAVID SÁNCHEZ FEMENÍA, NEREA MARIA CALVO TENDERO, JUANA MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA ELENA ALCARAZ CABALLERO, ELISA FERNANDEZ MOLINA, GONZALO GEA CARRASCO, JUAN BAUTISTA ORTUÑO CARBONERO, MARÍA JOSÉ GUTIERREZ LORCA, MARIA JOSE GONZALEZ CARRILLO, EMILIA ORTEGA MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 16 años, deportivamente activo y jugador de fútbol a nivel federativo que padece acortamiento isquiosural y dolores musculares en la cadena posterior del cuerpo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se explora al paciente con el test dedos suelo en el que se descubre una distancia de 12 centímetros, y el test de elevación de la pierna recta en el que resulta un ángulo de 40 grados en cada pierna. Se realiza una medición antes de tratamiento con un goniómetro para saber los grados de movilidad de la rodilla en el test de elevación de la pierna recta para valorar dicha flexibilidad y los grados de movilidad de la rodilla.

JUICIO CLÍNICO: El dolor y el acortamiento de la cadena posterior del cuerpo nos lleva a un Síndrome de isquiotibiales cortos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza una ecografía a nivel isquiosural para valorar posibles lesiones asociadas en dicha musculatura.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento consistió en 3 días por semana durante 4 semanas. Aplicando el rodillo miofascial sobre la musculatura isquiosural. Realizando en cada sesión 10 aplicaciones de 1 minuto de duración cada una, sobre los músculos afectados en ambas piernas. La aplicación consistió en deslizamiento del rodillo con una intensidad de 7/10 en la escala subjetiva de esfuerzo y a una velocidad moderada teniendo el control del rodillo en todo momento del recorrido sin la aparición de dolor. Cada deslizamiento se realizó desde el isquion hasta la rodilla.

CONCLUSIONES: Tras las cuatro semanas de aplicación se realiza otra medición con goniómetro del test de elevación de la pierna recta y se observa que el paciente mejoraba en 6 grados la flexibilidad de su pierna derecha y 7° la flexibilidad de su pierna izquierda. La aplicación de rodillo miofascial es un complemento idóneo al estiramiento para la ganancia de rango de movimiento articular y con ello la flexibilidad.

PALABRAS CLAVE: RODILLO MIOFASCIAL, ISQUIOTIBIALES CORTOS, FLEXIBILIDAD, RANGO MOVIMIENTO.

PREVENCIÓN DE CERVICALGIAS DE MUJERES ESPAÑOLAS EN LA ACTUALIDAD

MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARAVILLAS RUIZ DE MAYA

INTRODUCCIÓN: Introducción: Con este trabajo pretendemos estudiar la relación, entre las mujeres españolas con cervicalgia en la actualidad, donde recae con más frecuencia que en hombres, y su prevención para evitar esta patología, con sencillas medidas preventivas. Se manifiesta como un dolor en la parte posterior del cuello, de intensidad variable, que puede llegar a dificultar el movimiento de la cabeza e incluso producir mareos y sus principales causas son las posturas inadecuadas, el sobreesfuerzo, el estrés.

OBJETIVOS: Objetivos: Identificar las actividades cotidianas, o posturas laborales que nos tensan las cervicales. Formular un programa de actuación de medidas preventivas para evitar el dolor y demás síntomas que causa la Cervicalgia.

METODOLOGÍA: Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema en cuestión. Las bases de datos consultadas son: Medline Plus , Dialnet y Cinhal. Los Descriptores utilizados fueron: “Cervicalgia”, “Medidas preventivas” “Mareos” “Educación postural”. Fórmulas de búsqueda: a través del Tesauro MeSH. Se empleó un filtro de idioma ((español e inglés) y en un periodo temporal (2000-2010).

RESULTADOS: Resultados: Se han obtenido numerosos resultados tales como una relación óptima entre la elaboración de una efectiva evaluación inicial, al valorar las actividades de la vida diaria y las posturas en el trabajo que nos perjudican consecuentemente en la zona cervical, para realizar a posteriori un seguimiento previo, con el resultado de la manifestación de esta patología y la realización de actuar en su prevención. Los hallazgos nos muestran que actuando preventivamente, y añadiendo tratamientos de educación postural, evitaremos que el problema se vuelva crónico.

CONCLUSIÓN: Conclusiones: Después de interpretar todos los aspectos analizados, podemos concluir de que se puede prevenir con entrenamientos, para fortalecer los músculos, educación postural, con posturas corregidas y tratamientos adecuados, como los masajes que ayuda a relajar la musculatura.

PALABRAS CLAVE: CERVICALGIA, MEDIDAS PREVENTIVAS, MAREOS, EDUCACIÓN POSTURAL.

PAPEL E INTERACCIONES DEL DIAFRAGMA TORÁCICO EN LA ESTÁTICA RAQUÍDEA

ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT, PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA ROSA GARCIA LEÓN

INTRODUCCIÓN: Se define estabilidad como la habilidad de un sistema para volver a su posición de equilibrio después de una pequeña perturbación como puede ser la flexión de miembro superior. La columna debe ser estabilizada por la rigidez de los músculos y el aparato locomotor para prevenir una lesión. El diafragma cuando se contrae puede contribuir a la estabilidad postural, por el incremento de la presión intraabdominal antes de la iniciación del movimiento.

OBJETIVOS: Analizar las interacciones del diafragma con el resto de los músculos de la faja lumboabdominal y la repercusión en la estabilidad lumbar. Identificar el papel postural del diafragma, y su relación con la función respiratoria.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, (a través de la plataforma Pubmed), academic search premier y sportdiscus (a través de la plataforma Ebsco), Pedro y Cochrane. También se han realizado búsquedas a través de las plataformas electrónicas Ovid y Springer Link.

RESULTADOS: Autores como Hodges PW, Gandevia SC, BPhy (Hons), Richardson, Carolyn A, Butler JE, McKenzie DK, Heijnen Iger, Cresswell Andrew, Thorstensson Alf, coinciden en que la actividad electromiográfica del diafragma cuando se contrae está asociada a un aumento de la presión intraabdominal y una reducción inicial de la longitud del diafragma costal. Por tanto podemos afirmar que el diafragma contribuye al control postural del tronco por la elevación de la PIA dentro de la cavidad abdominal antes de la iniciación de los movimientos del miembro superior.

CONCLUSIÓN: La actividad respiratoria del diafragma y de otros músculos respiratorios se coordina normalmente con sus otras funciones, como el control postural del tronco cuando los miembros se mueven. Bajo condiciones normales, las funciones respiratorias y posturales del diafragma pueden ser coordinadas cuando la estabilidad del tronco es desafiada por los movimientos rápidos repetidos de un brazo.

PALABRAS CLAVE: DIAFRAGMA, POSTURA, MÚSCULOS ABDOMINALES, SUELO PÉLVICO, EQUILIBRIO.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS DE MCKENZIE EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA

ESTHER GIL MARTÍNEZ, MARIA DE LOS ANGELES SOCÍAS CHECA, MARIA DE LA LUZ RODRIGUEZ CLARO, HÉCTOR GARCÍA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La Lumbalgia Crónica Inespecífica (LCI) constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, con un alto coste socio-económico, pérdida de trabajo y aumento de discapacidad. La falta de estabilidad lumbo-pélvica, la debilidad muscular y/o las malas posturas, son algunas de las causas más importantes predisponentes de dolor lumbar recurrente. Uno de los enfoques más empleados en el abordaje fisioterapéutico de LCI es el método McKenzie, programa de ejercicios que incluye posturas sostenidas y/o movimientos repetidos.

OBJETIVOS: Determinar los efectos de la aplicación de un protocolo de ejercicios de McKenzie en pacientes diagnosticados de LCI.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, PEDro, The Cochrane Library, EMBASE y Science Direct, mediante las palabras clave McKenzie method, stabilization exercises, chronic low back pain, low back pain, back pain. La búsqueda se realizó en inglés y en español durante el período de noviembre de 2017 a enero de 2018.

RESULTADOS: La literatura científica analizada, señala los efectos obtenidos tras el abordaje de LCI mediante ejercicios de McKenzie, ejercicios de estabilización lumbo-pélvica y ejercicios de Williams. Los resultados actuales muestran que, tanto un programa de ejercicios de McKenzie como un programa de ejercicios de estabilización lumbo-pélvica y un programa de ejercicios de Williams, reducen el dolor y la discapacidad en pacientes con LCI. Sin embargo, el protocolo de ejercicios de McKenzie reduce más el puntaje de dolor en estos pacientes, aunque no se aprecian cambios en la estabilidad lumbo-pélvica, posiblemente por la corta duración del programa de tratamiento, que no posibilita efectos de aprendizaje.

CONCLUSIÓN: Por tanto, se precisan un mayor número de investigaciones, con períodos de intervención y seguimiento mayores, para evaluar los posibles cambios en la estabilidad lumbo-pélvica en pacientes tratados mediante el método McKenzie.

PALABRAS CLAVE: MCKENZIE, DOLOR DE ESPALDA, LUMBALGIA, CRÓNICO, EJERCICIOS ESTABILIZADORES.

USO DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR DURANTE LA MARCHA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

MIGUEL DELGADO MUÑOZ, ANTONIO VELASCO SÁNCHEZ, ÁLVARO PEREA DEL POZO

INTRODUCCIÓN: La parálisis cerebral infantil (PCI) se considera como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, que limitan funcionalmente al sujeto lesionado, causados por una agresión no progresiva sobre el cerebro en desarrollo, durante la época fetal o los primeros años de vida. El vendaje neuromuscular (VN) representa una herramienta terapéutica capaz de estimular a nivel somatosensitivo debido a su aplicación directa sobre la piel del paciente que ya ha demostrado mejoras a nivel dinámico, muscular y circulatorio.

OBJETIVOS: Determinar el uso de vendajes neuromusculares durante la marcha en niños con parálisis cerebral.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y en múltiples artículos científicos. Descriptores: kinesiotape, vendaje neuromuscular, parálisis cerebral infantil, fisioterapia, marcha.

RESULTADOS: La PCI presenta de forma característica deficiencias a nivel motor: debilidad muscular, falta de coordinación muscular, déficits de equilibrio. Acompañando a estos trastornos podemos encontrar también déficits cognitivos, de comunicación, sensoriales y/o de conducta. Por ello el objetivo de este estudio es analizar, a través de una revisión bibliográfica, la efectividad del uso de VN en la marcha de niños con parálisis cerebral. Los diferentes estudios muestran en mayor o menor medida mejoras en la marcha de los niños con PCI. Algunos de ellos mostraron con el uso del VN un aumento del control motor, de la función del miembro inferior y del equilibrio. También encontraron mejoras en diferentes aspectos técnicos de la marcha como fuerzas de apoyo, frenado, despegue y oscilación del pie. Otros sin embargo no experimentaron cambios significativos y sugieren proseguir con la investigación.

CONCLUSIÓN: En la mayoría de los estudios analizados el VN favorece la marcha del lesionado cerebral infantil. Parece claro que el uso de esta técnica complementa la reeducación cerebromotriz. Sin embargo algunos estudios no muestran de forma clara sus criterios de inclusión/exclusión, sin diferenciar entre los diferentes tipos de PCI, ni el tiempo de aplicación del VN.

PALABRAS CLAVE: VENDAJE NEUROMUSCULAR, FISIOTERAPIA, PARÁLISIS CEREBRAL, PEDIATRÍA.

EL SÍNDROME FEMOROPATELAR: LA ANTESALA DE LA ARTROSIS DE RODILLA

SARAY ORTEGA PÉREZ, FRANCISCA RUBIO FERNÁNDEZ, SILVIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 40 años con dolor en ambas rodillas de un año de evolución, signo de la butaca positivo, evita escaleras, no dolor nocturno, no hidrartros, no bloqueos e incapacidad para la vida deportiva aunque no incapacita las AVD.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Signo del cepillo positivo, signo del cajón anterior y posterior negativo, bostezo lateral negativo, pruebas meniscales negativas. BA: 130°-0° y BM: 3/5. Molestias al final de la flexión, marcha autónoma, sin ayudas técnicas.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome femoro-patelar bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se solicitan RX para descartar lesiones óseas. Al ser negativos los resultados solicitamos RMN para conocer el estado meniscal y de partes blandas.

CONCLUSIONES: Tras la RMN: no existe lesiones meniscales ni ligamentosas; cóndilos femorales y platillos tibiales sin alteración; sinovitis suprapatelar bilateral; edema del tejido celular subcutáneo; bursitis prepatelar e infrapatelar. Concluimos entonces con el síndrome femoropatelar bilateral, nuestro plan de actuación será, ejercicios de rehabilitación centrados en la potenciación de cuádriceps, sobre todo vasto interno y medidas de electroterapia analgésica y antiinflamatoria. Es importante la detección precoz de estas patologías y su tratamiento porque la falta del mismo hace que los cartílagos degeneren y comience la artrosis de rodilla que puede derivar en PTR.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, RODILLA, SINDROME FEMOROPATELAR, DIAGNÓSTICO.

ELECTROESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

ANA ISABEL BELLIDO MOLINA, ISABEL MARIA LOPEZ RAMIREZ, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ CARRASCO

INTRODUCCIÓN: Se considera electroestimulación del nervio tibial posterior (ENTP) a una de las técnicas utilizadas en los últimos años con el fin de llevar a cabo un tratamiento conservador de la incontinencia urinaria (IU). Investigaremos sobre la eficacia de este tratamiento, pautas y parámetros en su aplicación.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la ENTP en el tratamiento de la IU. Determinar qué parámetros y pautas de tratamiento resultan más eficaces.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática en las bases de datos PEDro, ScienceDirect y PubMed. Consulta bibliográfica en la guía European Association of Urology sobre IU.

RESULTADOS: El nervio tibial posterior tiene su origen en las raíces de L4 a S3 donde confluye con el centro parasimpático sacro, uno de los centros responsables del control miccional. Se sugiere que la ENTP estimula de manera retrograda los nervios parasimpáticos inhibiendo las contracciones vesicales. Diversos estudios han evaluado su efectividad en pacientes con IU obteniéndose una mejoría significativa en la sintomatología de la IU de urgencia y mixta, especialmente en casos de vejiga hiperactiva. Se aplica tanto de forma transcutánea, con electrodo de superficie, como percutánea, con electrodo de aguja. El electrodo activo viene colocado por encima del maléolo medial y el electrodo dispersivo cerca del arco plantar. Las corrientes bifásicas simétricas son las más efectivas en el campo de la uroginecología. La frecuencia más utilizada en la ENTP es de 20 Hz con tiempo de impulso de 200ms. En cuanto a la duración del tratamiento los últimos estudios demuestran buenos resultados con una aplicación semanal del 20 a 30 minutos durante 12 semanas.

CONCLUSIÓN: La ENTP se considera una técnica sencilla, mínimamente invasiva, de fácil aplicación y bien tolerada, que ha demostrado ser un método eficaz de tratamiento de la sintomatología asociada a la IU de urgencia y mixta, sin efectos secundarios reseñables.

PALABRAS CLAVE: ELECTROESTIMULACIÓN, FISIOTERAPIA, NERVIOS TIBIAL POSTERIOR, INCONTINENCIA URINARIA, VEJIGA HIPERACTIVA.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN EL ESGUINCE DEL LIGAMENTO LATERAL EXTERNO DE TOBILLO

LAIA EJARQUE PUERTO, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO LAFUENTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a la clínica un hombre de 30 años con dolor en la cara lateral del tobillo derecho tras una torcedura accidental mientras caminaba por la montaña. Presenta inflamación, EVA 7/10 e impotencia funcional moderada para la bipedestación y la marcha. No refiere hábitos tóxicos, y practica deporte a diario. Profesión: enfermero, pasa gran parte del día en bipedestación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Observación: Moderado edema maleolar periarticular, en tobillo derecho. Palpación: Derrame articular moderado, a la presión no deja fóvea. Movilización: Moderada limitación de la movilidad, sobre todo a la flexión dorsal y a la inversión. Pruebas complementarias: Dolor con EVA 7/10 a la movilización que disminuye en reposo. Pruebas de cajón anterior/posterior (-), inversión forzada (+). Se realiza radiografía anteroposterior y lateral de tobillo, así como ecografía de partes blandas.

JUICIO CLÍNICO: Esguince del ligamento lateral externo de tobillo (LLE). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la clínica presentada por el paciente, es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre patología ósea o patología ligamentosa. La radiografía nos descarta la lesión ósea, corroborando una buena congruencia articular. La ecografía nos confirma la lesión ligamentosa, apreciándose una breve rotura de fibras en el haz medio del ligamento lateral externo del tobillo derecho, adquiriendo así la lesión, una severidad de grado II.

PLAN DE CUIDADOS: En primer lugar, es preciso realizar educación sanitaria y seguir el método RICE (Reposo, Hielo o crioterapia, Compresión y Elevación). En un segundo tiempo, se aplicará un vendaje funcional, electroterapia analgésica, movilización y trabajo propioceptivo.

CONCLUSIONES: Es importante el abordaje en la fase aguda del esguince para evitar su mala curación y por tanto, la cronificación.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ESGUINCE, TOBILLO, LIGAMENTO LATERAL EXTERNO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN REHABILITACIÓN

SANDRA SAEZ SALAS, MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO RAMIREZ LAFUENTE

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es una parte de la medicina donde el auxiliar de enfermería ayuda al fisioterapeuta a realizar un tratamiento al paciente a recuperar una función o una actividad que ha perdido después de haber sufrido un accidente o lesión de alguna parte del cuerpo.

OBJETIVOS: Determinar las funciones del auxiliar de enfermería en el área de rehabilitación, ayudando al fisioterapeuta.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos en Pub Med, Medline Plus, etc.

RESULTADOS: Las funciones del auxiliar de enfermería en el área de rehabilitación son principalmente: Atender la llegada del paciente. Limpieza y orden de la sala, así como controlar los aparatos que funcionen correctamente, no falte material, y este todo en buenas condiciones. Trasladar de una zona a otra, en el caso necesario, a pacientes en silla de ruedas o ayudar a pacientes con dificultad de deambulación. Realizar tareas administrativas necesarias como es la gestión de citas. Registrar cualquier cambio o evolución en el estado del paciente y mantener informado al especialista.

CONCLUSIÓN: Es muy importante que el auxiliar de enfermería conozca las normas del área de rehabilitación, controle el estado de los aparatos y su limpieza para una mejor atención y mejoría del paciente.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, SALUD, ACCIDENTE, FUNCIONES.

LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL SUELO PÉLVICO

JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, DOLORES MORENO ANTEQUERA, ISABEL MARIA BUENO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria es uno de los problemas a los que se enfrentan los fisioterapeutas, ya que por un lado están los tabúes, vergüenza y la falta de conocimientos ante la posibilidad de tratamiento, se supone que en los países occidentales es el 5% de la población, principalmente son las mujeres, debido a su anatomía del suelo pélvico, la población que más lo padece, siendo entre los hombres el 1,6%. Sobre todo varones ancianos, entre ellos los residentes en asilos aumentan en un 50%.

OBJETIVOS: El objetivo es realizar una revisión de la literatura científica actualizada sobre el suelo pélvico y fisioterapia.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas en Cochrane Library, PEDro mediante una estrategia de búsqueda de descriptores: suelo pélvico, fisioterapia. La búsqueda se limitó al idioma Inglés y Español artículos publicados entre 2001 y 2017. Se incluyeron todos los estudios relacionados con los efectos de la fisioterapia en la intervención del suelo pélvico en personas con incontinencia urinaria.

RESULTADOS: Se encontraron 4 artículos de un total de 11. Se excluyeron 8 por tratarse artículos relacionados con otras disciplinas médicas como cirugía y neurología. Todos los artículos incluidos fueron: 4 artículos ensayos clínicos en fisioterapia.

CONCLUSIÓN: Todos los estudios analizados encontraron mejoras tanto en la intervención y aumento de calidad de vida después del periodo de intervención con fisioterapia.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPEUTA, SUELO PÉLVICO, INTERVENCIÓN, REVISIÓN SISTEMÁTICA.

EL ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA O DE BELL

JOSE MARIA MUÑOZ MANZANEDA, ISABEL MARIA BUENO GARCIA, DOLORES MORENO ANTEQUERA

INTRODUCCIÓN: La parálisis facial periférica o conocida en el ámbito sanitario como parálisis de Bell, por el medico Charles Bell que fue quien describió esta patología en 1830, tiene una incidencia de hasta por encima de 30/100000 casos/habitantes, su origen o aparición de la misma se apoya en varias hipótesis.

OBJETIVOS: Analizar la literatura y sus textos para la obtención de información sobre parálisis facial periférica y fisioterapia.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas en Cochrane Library, PEDro mediante una estrategia de búsqueda de palabras clave: parálisis facial, fisioterapia. La búsqueda se limitó al idioma Inglés y Español artículos publicados entre 2005 y 2016. Se incluyeron todos aquellos estudios relacionados con la parálisis de Bell. Se encontraron 3 artículos de los cuales 2 son revisiones sistemáticas y un ensayo clínico. Se excluyeron el ensayo clínico por tratarse artículos relacionados con otras disciplinas medicas como psiquiatría y neurología. Todos los artículos incluidos fueron: 2 artículos de revisiones sistemáticas en fisioterapia.

RESULTADOS: Hoy en día este tipo de patologías dejan unas secuelas que afectan a la región cráneo-facial, siendo candidatos para ser tratados en los distintos servicios de fisioterapia, siendo unas de las armas que se unen al proceso asistencial en el tratamiento de la parálisis facial, reconocido desde el año 1927. La intervención de la fisioterapia y su trabajo en la parálisis facial periférica pueden en resumen ayudar, casos moderados y/o crónicos, en la fase temprana.

CONCLUSIÓN: Se necesitan mayor número de ensayos clínicos y ahondar aun más en este tipo de patología debido a que no hay suficiente investigación sobre los efectos de la fisioterapia en este tipo de patologías.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ROL, BELL, PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA.

ATENCIÓN TEMPRANA EN LA HIPOTONÍA DEL LACTANTE

ROSA MARIA HURTADO SANCHEZ, SARA PÉREZ MAÑOGIL, NOELIA MARIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL MARTÍNEZ GRACIA, CARMEN VERA LEANTE, MARÍA JOSÉ LÓPEZ LARA

INTRODUCCIÓN: La hipotonía del lactante hace referencia a la disminución del tono muscular durante dicho periodo de edad, entendiéndose como tono muscular la resistencia que el músculo opone a los movimientos pasivos. Observando una falta de control postural, postura anormal o falta de calidad en relación al desarrollo normal del niño y una alteración consecuente de la motricidad espontánea. Existen multitud de causas por las que podemos encontrar en la clínica las manifestaciones de la hipotonía, que pueden reflejar, síndromes hipotónicos de origen neurológico, central o periférico, síndromes de origen específicamente muscular, y síndromes hipotónicos de origen extraneurológico.

OBJETIVOS: Determinar la influencia de la intervención temprana de fisioterapia en el tratamiento de la hipotonía del lactante.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos: ScIELO, Pubmed, Medline, PEDro y el metabuscador Google Académico. Seleccionando artículos publicados entre los años 2007 y 2017; y estableciendo como criterio de selección que se ajusten al objetivo planteado. Los descriptores utilizados fueron hipotonía, neonato. Las fórmulas de búsqueda “niño hipotónico”, “síndrome hipotónico del lactante”, “fisioterapia en hipotonía”, “hipotonía generalizada”.

RESULTADOS: La fisioterapia puede considerarse como la piedra angular del abordaje multidisciplinar del niño hipotónico. Teniendo en cuenta las diferentes causas por las que se puede presentar hipotonía en el lactante, debemos realizar un tratamiento individualizado según cada caso. Que incluirá en líneas generales: • Estimulación de los patrones funcionales de movimiento y control postural. • Estabilización del tono muscular. • Estimulación multisensorial. • Reeducación del complejo orofacial. • Fisioterapia respiratoria. • Prevención de deformidades ortopédicas. • Estimulación de la motricidad fina.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que la atención temprana e integral del niño con hipotonía permite la mejora del desarrollo motor del niño, ofreciéndole mayor autonomía y aportando mayor calidad de vida y de su estado de salud.

PALABRAS CLAVE: HIPOTONÍA, NEONATO, NEUROPEDIATRÍA, ATENCIÓN TEMPRANA, ATENCIÓN TEMPRANA.

LA TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA CON MOVILIZACIÓN MANUAL DE LOS TEJIDOS BLANDOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA, RAQUEL RUEDA VERGARA

INTRODUCCIÓN: La tortícolis muscular congénita es una enfermedad que se da frecuentemente en recién nacidos. Consiste en el acortamiento del músculo esternocleidomastoideo. El bebé tendrá una inclinación del mismo lado y una rotación del lado contrario al músculo afecto.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del tratamiento fisioterápico basado en la movilización manual de los tejidos blandos.

METODOLOGÍA: Se efectuó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de evidencia científica médico-sanitaria (PEDro, Pubmed, Cochrane Library y Embase), donde se seleccionaron estudios relacionados con tortícolis muscular congénita. Los descriptores utilizados fueron: congenital torticollis, physiotherapy and pain. La búsqueda se restringió a los idiomas español e inglés, y comprendía ensayos controlados aleatorizados realizados entre los años 2000 y 2017. En la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 304 resultados, pero solamente se seleccionaron cuatro estudios.

RESULTADOS: De estos cuatro estudios se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en tres de ellos, encontrando diferencias en cuanto la disminución del tiempo de recuperación y cambio en el grosor del músculo esternocleidomastoideo en el grupo al que se le aplicaba la movilización manual de tejidos blandos. En el cuarto estudio no hubo ninguna diferencia significativa.

CONCLUSIÓN: Es necesario que se realicen más estudios que investiguen la importancia de la movilización manual de tejidos blandos en la tortícolis muscular congénita, pero con los datos obtenidos podemos pensar que la movilización manual de tejidos blandos mejora la recuperación en tortícolis congénita.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, TORTICOLIS MUSCULAR CONGÉNITA, DOLOR, MOVILIZACIÓN MANUAL.

FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ISABEL MARIA LOPEZ RAMIREZ, ISABEL MARÍA SÁNCHEZ CARRASCO, ANA ISABEL BELLIDO MOLINA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) son un problema importante y de gran repercusión ya que agravan otros procesos, empeoran la calidad de vida, prolongan el tiempo de hospitalización, aumentan los costos sanitarios e incluso aumentan la mortalidad. El papel de la fisioterapia es importante tanto en la prevención como el tratamiento de las UPP.

OBJETIVOS: Analizar los factores de riesgo de las úlceras por presión Estudiar las técnicas de fisioterapia en la prevención y el tratamiento de las úlceras.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las páginas web y portales Medline, Sciencedirect, dmystems.

RESULTADOS: La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, producida cuando se ejerce presión prolongada entre dos planos duros. Entre los factores de riesgo de la UPP están: la edad, humedad en el tejido implicado, mala nutrición, complicaciones circulatorias, fricción o cizallamiento (arrastrar o deslizar a un paciente a través de sábanas). En el manejo de las úlceras utilizamos técnicas de fisioterapia tanto en la prevención como el tratamiento de las mismas. En la prevención medidas como masajes tróficos circulares y fricciones para provocar hiperemia en zonas que han soportado una isquemia; y movilizaciones activas y/o activoasistidas con finalidad circulatoria. Dentro del tratamiento se utilizan técnicas como la iontoforesis (a través de corriente galvánica con iones de cobre, zinc, plata..) La radiación ultravioleta, el láser, el ultrasonidos y masaje en la periferia de la úlcera, acompañado siempre de los cuidados de enfermería.

CONCLUSIÓN: Es muy importante conocer los factores de riesgo que provocan las UPP para evitarlos. La fisioterapia es importante tanto en la prevención como en el tratamiento de la úlcera, sobre todo utilizando técnicas con finalidad circulatoria.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA POR PRESIÓN, TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA, PREVENCIÓN.

EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS FRACTURAS DE HÚMERO PROXIMAL CON OSTEONECROSIS DE LA CABEZA

ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de humero proximal de tres o más fragmentos presentan riesgo elevado de necrosis presentando una incidencia del 13 a 34% en fracturas de cuatro fragmentos.

OBJETIVOS: Determinar el resultado funcional en pacientes con antecedentes de fractura de húmero proximal y osteonecrosis con tratamiento conservador.

METODOLOGÍA: Revisión de la bibliografía en la base de datos Gerión del Sistema Público Andaluz. Criterios de inclusión: ECAs y Revisiones Sistemáticas en los últimos cinco años 2013-2018, en Castellano, Inglés o Portugués y una obtención mínima de 6/10 en la escala PedRo.

RESULTADOS: En los ECAs analizados dependiendo del tipo de fractura y las características del individuo el tratamiento siempre está enfocado a la estabilización y a la movilización temprana y en la obtención de la recuperación funcional precoz.

CONCLUSIÓN: Las fracturas tratadas con tratamiento conservador desarrollan algún estadio de osteonecrosis de la cabeza del húmero pero con adecuada función casi similar a la extremidad sana.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, HÚMERO, TRATAMIENTO, ASESORAMIENTO CLÍNICA, OSTEONECROSIS.

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO

FRANCISCO JAVIER PUYOL CÁCERES, JUAN FRANCISCO GUERRA MÁRQUEZ, INES ROJAS SERRANO

INTRODUCCIÓN: Aunque afecta a todos los grupos de población, incluyendo todas las edades y ambos sexos, la incontinencia urinaria en el postparto tiene, en España, una prevalencia muy alta, llegando a porcentajes de hasta el 43%. La incontinencia urinaria es definida como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y tiene una relación directa con el embarazo y el parto, debido a la implicación que tienen las estructuras encargadas de la micción en estas dos etapas.

OBJETIVOS: Nuestro principal objetivo es demostrar la eficacia de la fisioterapia en la prevención de la incontinencia urinaria en el post parto, centrándonos en el colectivo de mujeres embarazadas que se encuentran en el 2º trimestre de gestación.

METODOLOGÍA: Se ha revisado la literatura publicada en Pubmed, Scopus y Dialnet, aceptándose artículos en inglés y castellano y con una antigüedad no superior a los 10 años.

RESULTADOS: Existe mucha literatura sobre cómo podemos abordar una incontinencia urinaria pero faltan estudios enfocados a la prevención de esta disfunción. Debido al gasto económico que suponen los absorbentes para este tipo de patología lo que sí sabemos es que supondría un ahorro debido a que los métodos a implementar no tienen un gasto elevado ni para la mujer ni para el sistema sanitario. Entre estos métodos se encuentran los ejercicios de Kegel, el biofeedback o los hipopresivos.

CONCLUSIÓN: Actualmente nos encontramos con un desconocimiento importante por parte de la sociedad tanto de la incontinencia urinaria como de su abordaje fisioterapéutico. Este hecho parece deberse a la ocultación de la enfermedad cuando se padece, por existir miedos e inseguridades por parte de las mujeres que la padecen. Sabemos que para prevenir la IU es imprescindible tener bajo control los factores de riesgo que predisponen a padecerla. Aún faltan muchos estudios pero sus resultados ayudarían a decidir si implementar programas de prevención.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, INCONTINENCIA URINARIA, POSTPARTO, PREVENCIÓN.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN LA FIBROMIALGIA

MARIA NIEVES HERNÁNDEZ CABALLERO, ASCENSIÓN PÉREZ RODRÍGUEZ, ANTONIA FERNÁNDEZ CHICO, ANA MARIA PAGAN FERNANDEZ, FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica, de causa desconocida y con expresión clínica de dolor músculo-esquelético, que puede llegar a afectar notablemente la calidad de vida de las personas que la padecen.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la hidroterapia en el tratamiento fisioterapéutico de la fibromialgia.

METODOLOGÍA: Este estudio se basa en una revisión sistemática de artículos publicados entre los años 2005 y 2017. Se consultaron las siguientes bases de datos: PEDro, Dialnet, Enfispo, IME, PubMed y Google Académico. Los criterios de inclusión fueron: Artículos publicados en español, inglés o portugués; los pacientes debían estar diagnosticados de fibromialgia, asociada o no a depresión; debían tener fecha de publicación posterior a 2005; y los programas de ejercicios en el agua debían tener objetivos fisioterapéuticos. De los 43 documentos que seleccionamos inicialmente, se estudiaron en profundidad 13 que cumplían los criterios de inclusión y se eliminaron el resto.

RESULTADOS: Se encuentran evidencias de que la hidroterapia mejora el dolor y la calidad de vida en los pacientes con fibromialgia que han seguido un programa de ejercicios acuáticos. El medio en el que mejores resultados se obtienen es el agua del mar.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que la hidroterapia produce beneficios en las personas diagnosticadas de fibromialgia que participan en programas de ejercicios, especialmente cuando se realizan en el agua del mar. Aunque es necesario realizar más estudios mejorando la calidad metodológica y ampliando la muestra.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, HIDROTERAPIA, FISIOTERAPIA, BENEFICIOS.

INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN EL TRATAMIENTO DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DE ADULTO

MARIA ISABEL ROMERO GARCIA, TAMARA MELERO ROMERO, MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ MORENO

INTRODUCCIÓN: La escoliosis del adulto es una desviación lateral de la columna vertebral en el plano frontal superior a 10 grados, en pacientes que ya han alcanzado la madurez esquelética. La prevalencia aumenta con la edad, siendo el dolor el primer motivo de consulta. La reeducación postural y las técnicas neuromusculares serán utilizadas para mejorar la alineación corporal y la extensibilidad de las cadenas miofasciales.

OBJETIVOS: Comprobar la efectividad de un tratamiento de terapia manual en un paciente diagnosticado de escoliosis idiopática del adulto, corrigiendo así la alteración postural y disminuir sus síntomas.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio con un diseño intrasujeto (N=1) de tipo AB, realizando una medición previa al tratamiento fisioterápico, y posterior a su aplicación, para la comparación de resultados. El plan de intervención se lleva a cabo a lo largo de 5 semanas. Recogida de datos a través de bases de datos como Elsevier, Medline y Sciverse-Scimedirect.

RESULTADOS: Vemos la progresión del sujeto al cumplirse los objetivos planteados, presentando un alivio sintomático, un aumento de la movilidad y una postura más normalizada. Consideramos que el método de tratamiento aplicado puede ser una alternativa para el abordaje terapéutico de pacientes con escoliosis idiopática de adulto.

CONCLUSIÓN: La mayoría de autores consideran el tratamiento conservador como primera opción, aunque su eficacia todavía no ha sido demostrada. Otros, han tratado la escoliosis mediante tratamientos neuromusculares, reduciendo el dolor en estos pacientes y la función pulmonar. La RPG es eficaz en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas para aliviar el dolor, aumentar la amplitud del movimiento y la calidad de vida. En nuestro caso, combinando la RPG y las técnicas neuromusculares hemos normalizado la postura, disminuido el dolor y mejorado la realización de las actividades de la vida diaria por parte del paciente.

PALABRAS CLAVE: ESCOLIOSIS DE ADULTO, TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA ESCOLIOSIS, TERAPIA FÍSICA DE ESCOLIOSIS EN ADULTO, TÉCNICA NEUROMUSCULAR.

ANÁLISIS SOBRE LA RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA

ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO

INTRODUCCIÓN: La lumbalgia crónica inespecífica (LCI) se asocia a factores posturales y movimientos repetitivos, tiene más de 12 semanas de duración y los pacientes suelen recaer. Representa una de las causas de discapacidad y genera altos costes económicos y sociales.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de los factores psicoemocionales sobre el tratamiento fisioterápico de la LCI en Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura en el buscador Gerión que incluye las bases de datos: Excopus, Medline, Pubmed, etc. Los criterios de inclusión: ECAs, Revisiones Sistemáticas y Guías de práctica clínica de los últimos 5 años, escritos en Castellano, Portugués o Inglés. En los ECAs obtener un mínimo de 6/10 en escala PedRo y con una N>100.

RESULTADOS: El miedo-evitación al ejercicio supone un factor predictivo importante a la hora de elegir el tratamiento fisioterápico aplicado ya que las guías de práctica clínica recomiendan el ejercicio físico para el tratamiento de la LCI. Los resultados obtenidos relacionan el grado de adherencia a las recomendaciones de la evidencia para el manejo de la LCI. Las GPC publicadas recomiendan el manejo precoz factores psicosociales de mal pronóstico funcional. Los estudios analizados utilizan diferentes escalas de medición para dichos factores.

CONCLUSIÓN: La revisión se limita a la población del SAS por lo que los resultados no son extrapolables. Una gran parte de la población atendida tiene miedo a la actividad física. Estos pacientes suelen tener una situación de discapacidad o IT y un nivel primario de estudios. Este estudio contribuye a la promoción de una perspectiva biopsicosocial en el manejo de la LCI desde AP.

PALABRAS CLAVE: LUMBALGIA, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTO, ATENCIÓN PRIMARIA.

EVIDENCIA DEL MÉTODO PILATES EN LA MEJORA DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN SUJETOS SANOS

ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO

INTRODUCCIÓN: El objetivo del método Pilates es crear una conexión entre la mente y el cuerpo para que sin pensarlo, uno sea capaz de estar de pie, moverse y llevar a cabo las actividades diarias con control y facilidad. El actual concepto de salud se refiere a un estado completo de bienestar físico, mental y social. En el caso de la salud mental.

OBJETIVOS: Analizar desde una perspectiva analítica-interpretativa los resultados de investigaciones más relevantes en relación a la salud mental de personas sanas que practican habitualmente Pilates.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una búsqueda en las bases de datos científicas ScienceDirect, PubMed y Dialnet. Las palabras clave: "Pilates", "salud psicológica" y "salud mental" en español y en inglés, en los últimos 5 años. Respecto a los criterios de exclusión, se establecen: estudios escritos en idioma distinto al español o al inglés; estudios centrados en la salud física del practicante; comunicaciones cortas y estudios científicos; estudios que no utilizan el método Pilates como variable diferenciadora frente a otras técnicas de ejercicio físico; estudios que incluyan a participantes mayores de 65 años. En el caso concreto del método Pilates, las primeras investigaciones que se pueden encontrar en la base de datos científica Medline con la palabra clave "Pilates" datan del año 1999.

RESULTADOS: Un ECA revela mejoras significativas en las variables: satisfacción con la vida, percepción de apreciación de personas y apariencia. Un ECA, esta vez con mujeres tras dar a luz, comprueba que ocho semanas de Pilates son suficientes para mejorar la calidad del sueño frente a otro grupo de mujeres control.

CONCLUSIÓN: Las mejoras obtenidas en el humor y en el estado de ánimo son consideradas el tercer motivo de práctica de Pilates, en hombres y en mujeres, tras la mejora de la postura corporal y la flexibilidad.

PALABRAS CLAVE: PILATES, SALUD PSICOLÓGICA, SALUD MENTAL, FISIOTERAPIA.

EVIDENCIA DEL MÉTODO PILATES EN LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA

ANA DEL ROCIO MORA JIMENEZ, MARIA TERESA PEINADO BURGOS, MARIA DE LA PAZ ROMERO CANTERO

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria (IU) es una de las complicaciones más frecuentes tras prostatectomía radical. Además tiene efectos negativos sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes (QoL). Algunos factores de riesgo que influyen son la edad avanzada, obesidad, disfunciones de la vejiga previas, volumen prostático, resección transuretral y el índice de comorbilidad.

OBJETIVOS: Comparar la eficacia del Método Pilates frente a entrenamientos convencionales de estiramiento, fuerza y electroterapia del suelo pélvico en pacientes con incontinencia urinaria tras prostatectomía.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura mediante la base de datos Medline, Excopus, Dialnet y Pubmed. Criterios de inclusión: ECAs y Revisiones Sistemáticas realizadas en los últimos cinco años, escritos en Castellano, Inglés o Portugués. Con una muestra N>100.

RESULTADOS: Existen pocos estudios sobre el suelo pélvico en la población diana. Sólo un ECA cumplió los criterios de inclusión. La mejoría en el grupo tratado con estiramiento, fuerza y electroterapia fue distinta frente al tratamiento activo pero los resultados no predicen la recuperación de la incontinencia urinaria tras la evaluación final.

CONCLUSIÓN: Es el único estudio que analiza las diferencias entre el tratamiento de la IU tras prostatectomía con el método Pilates, tratamiento con ejercicio activo y electroterapia. El estudio muestra que tras 10 sesiones de Pilates los pacientes mejoran la fuerza muscular, la calidad de vida y la regresión de la incontinencia. El grupo Pilates ofrece mejoras significativas frente al grupo control mientras que las diferencias con el grupo de terapia combinada son poco significativas respecto al fortalecimiento del suelo pélvico tras 4 meses de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: PILATES, FISIOTERAPIA, SUELO PÉLVICO, PROSTATECTOMÍA.

EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ANA BELEN LIRÓN GARCIA, MARTA PARRA MORENO, RUBEN GINES MARTINEZ GONZALEZ, ANA ISABEL MORENO MOTA, ALMUDENA LOPEZ ALMAGRO, BEATRIZ MARIA MULA MELENCHÓN

INTRODUCCIÓN: En España las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en hombres y la segunda en mujeres.

OBJETIVOS: Determinar si la rehabilitación cardiaca (RC) mejora la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes tras infarto agudo de miocardio.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática en 2017 de estudios publicados los últimos 5 años en español e inglés. Se consultan diferentes bases de datos pubmed, guía salud, Lilacs y Cochrane. Se selecciona 1 guía de práctica clínica (GPC), 1 revisión sistemática (RS) y 4 ensayos clínicos aleatorios (ECA).

RESULTADOS: Dos de los estudios utilizaron el test SF-36 para valorar la CVRS en pacientes de alto riesgo y observaron diferencias significativas en 6 y 7 de las 8 subescalas respectivamente. Aichury et al. Utiliza el QLMI-2 para medir la calidad de vida y observa cambios significativos en la dimensión física, social y emocional. Esta mejoría desaparece tras abandonar la RC. Leung et al. Encontraron un efecto positivo en la CVRS de los pacientes tras la RC. No apreciaron diferencias significativas entre los pacientes que realizaron RC menos o más de 6 meses. Puede deberse a la mayor adherencia en los programas más breves. Sin embargo, Espinosa Caliani et al. Si observaron que la rehabilitación cardiaca mejoró la calidad de vida al año de seguimiento (78 ± 2 frente a 91 ± 2 , $p < 0,05$). Posiblemente porque el mayor tamaño de la muestra y mayor adherencia a la RC.

CONCLUSIÓN: La RC, en pacientes que han sufrido infarto agudo de miocardio, obtienen mejoras tanto en la capacidad física como en el componente social y emocional. Estos resultados, no se mantienen si se abandona la RC, por tanto sería importante estimular la adherencia de los pacientes a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: EFICACIA, CALIDAD DE VIDA, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, REHABILITACIÓN CARDÍACA.

EMPLEO DE KINESIOTAPE EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA FASCITIS PLANTAR

MARÍA DEL PILAR CANO GARCÍA, YOLANDA ARCHILLA BONILLA, MARÍA JESÚS GÓMEZ ORTEGA

INTRODUCCIÓN: La Fascitis Plantar es una lesión que provoca dolor e inflamación en la planta del pie. La fascia plantar actúa como amortiguador manteniendo el arco plantar; si la tensión en la fascia es excesiva pueden aparecer microdesgarros que junto a los impactos pueden hacer que la fascia plantar se irrite e inflame. Por sexos, afecta más a las mujeres. Otros factores de riesgo son la morfología del pie, el sobrepeso, calzado inadecuado y una actividad física que genere mucha tensión en el talón.

OBJETIVOS: Analizar la literatura científica disponible sobre el empleo del kinesiotape como técnica de fisioterapia. Conocer la evidencia científica acerca de la efectividad del kinesiotape en el tratamiento fisioterápico de la fascitis plantar para fundamentar su práctica clínica.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en inglés y castellano durante el mes de diciembre de 2017. Las bases de datos consultadas han sido Elsevier, PEDro y Pubmed. La estrategia de búsqueda ha incluido los descriptores: “fascitis plantar”, “fisioterapia”, “kinesiotape” y “tratamiento” unidos por el operador booleano Y/AND. La búsqueda se ha acotado a los últimos diez años. Encontramos 7 artículos, de los que seleccionamos 5 por cumplir los criterios de nuestro estudio.

RESULTADOS: La literatura científica sobre el empleo del kinesiotape en el tratamiento fisioterápico de la fascitis plantar es escasa. Algunos de los estudios analizados confirman que el empleo del kinesiotape es beneficioso a corto plazo. Existen discrepancias entre autores sobre la efectividad del kinesiotape en comparación con otras técnicas de fisioterapia.

CONCLUSIÓN: Teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, no podemos confirmar que la aplicación de kinesiotape como parte del tratamiento de fisioterapia de la fascitis plantar sea efectiva para mejorar la clínica asociada a esta lesión. Son necesarios estudios de mayor calidad metodológica.

PALABRAS CLAVE: FASCITIS PLANTAR, FISIOTERAPIA, KINESIOTAPE, TRATAMIENTO.

FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PIRIFORME, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL

INTRODUCCIÓN: El síndrome del piriforme es un síndrome que resulta controvertido, ya que no existe una prueba diagnóstica sencilla que lo evidencie como tal. Da lugar a una compresión del nervio ciático en el canal subpiramidal que se forma entre los músculos piramidal y gémimo superior. Puede producirse por modificaciones del propio músculo o bien por anomalías anatómicas de la salida del propio nervio. Se manifiesta como una ciatalgia localizada en el tercio inferior de la nalga, y puede irradiar a zona lumbar baja y miembro inferior. El síndrome piriforme es una causa común de dolor lumbar. El espasmo del músculo piriforme produce alteraciones biomecánicas que pueden llegar a provocar discapacidad. Con la presente revisión se propone averiguar si existe evidencia científica acerca del tratamiento fisioterapéutico en dicha patología.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la fisioterapia en el tratamiento del síndrome piriforme.

METODOLOGÍA: Para poder llevar a cabo la investigación, se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y PEDRo Science Direct , Dialnet. Y la biblioteca virtual scielo, así como de revistas científicas, sin restricción de fecha ni tipo de estudio, en los idiomas español e inglés. Se han tenido en cuenta finalmente todos los artículos que incluían algún tipo de tratamiento fisioterapéutico del síndrome.

RESULTADOS: Al finalizar la búsqueda ajustada a los criterios de inclusión, se han seleccionado finalmente un total de doce artículos relacionados con técnicas de fisioterapia ante el síndrome piriforme.

CONCLUSIÓN: Gracias a los distintos artículos se ha podido determinar que estos tratamientos conservadores en los que se engloba la fisioterapia son suficientes en la mayoría de los casos para disminuir los síntomas, alivio del dolor y/o recuperación de la movilidad ante un paciente diagnosticado de síndrome del piriforme, aunque cuando esto no ocurre deben emplearse técnicas más agresivas pudiendo combinar dicho tratamiento con infiltraciones y, como último recurso, se puede recurrir a la cirugía.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, SÍNDROME PIRIFORME, TRATAMIENTO CONSERVADOR, CIATALGIA, TERAPIA MANUAL.

RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE JARCHO-LEVIN

ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Recién nacido, 15 días de vida, sexo femenino, madre primeriza 34 años con historia clínica de 2 abortos previos. Padres consanguíneos, procedentes de Ponce (Puerto Rico). No acude a ecografías de control. Parto por cesárea 38 semanas, peso 2,600 Kg y talla 40 cm. Presentó un cuadro de dificultad respiratoria al nacer, se observa cuello y tórax corto y abdomen distendido y blando. Ruido cardíaco normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración suele ser física, radiográfica o a través de tomografía, donde se observan múltiples defectos de segmentación de vertebras y costillas.

JUICIO CLÍNICO: Se diagnostica de Disostosis Espondilocostal o Síndrome de Jarcho-Levin, trastorno genético autosómico recesivo que se manifiesta con enanismo, occipucio prominente, cuello y tórax corto por múltiples malformaciones vertebrales y costales. Se pueden asociar otras alteraciones cardíacas, urinarias, gastrointestinales, neurológicas, genitourinarias y la más importante alteración respiratoria que pueden ocasionar la muerte neonatal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las alteraciones del esqueleto son un defecto presente en diversos cuadros clínicos, por lo que se deben tener en cuenta otras patologías como displasia disegmentaria, displasia congénita espínulo-epifisiaria, síndrome VACTERL, síndrome de Casamassima, síndrome de Lavy-Mosely.

CONCLUSIONES: Si acudimos a las ecografías de control, aproximadamente en el segundo o tercer trimestre se podría observar la alteración puesto que esta es ya evidente intrauterina. En estadios iniciales es mayor la tasa de error por poderse confundir con otras alteraciones que cursan con sintomatología similar, la severidad de la enfermedad depende del diagnóstico, por lo que es sumamente importante un diagnóstico precoz y certero. El trabajo interdisciplinar es primordial para mejorar la calidad de vida, el cual se centrará en paliar e intentar mejorar todas aquellas alteraciones ocasionadas por la deformidad y el componente restrictivo a nivel respiratorio que ocasiona.

PALABRAS CLAVE: DISOSTOSIS, JARCHO-LEVIN, SÍNDROME, ESPINOCOSTAL, ANOMALÍAS MÚLTIPLES.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTE TRAS LUXACIÓN ANTERIOMEDIAL Y AFECTACIÓN DE VARIOS LIGAMENTOS EN RODILLA IZQUIERDA

MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT, PEDRO BERMUDO ALBALAT

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Tratamiento fisioterápico en un paciente que es intervenido quirúrgicamente tras caída en el ámbito deportivo donde sufrió una luxación anteromedial de rodilla izquierda con afectación del LCA, LCP, LLI, LLE, y menisco externo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dificultad del paciente para la marcha, dolor e inflamación, debilidad muscular en el miembro inferior izquierdo y rigidez articular sobre todo para la flexión de rodilla. Atrofia cuadriceps y cicatriz adherida.

JUICIO CLÍNICO: Incapacidad funcional y alteración de la marcha. Rigidez y limitación articular en la rodilla izquierda que repercute en las actividades de la vida diaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Luxación anteromedial de rodilla izquierda con afectación del LCA, LCP, LLI, LLE, menisco externo.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento de fisioterapia empezó mes y medio después de la intervención quirúrgica. Durante este tiempo la rodilla del paciente permaneció bloqueada con una ortesis en extensión. El tratamiento consistió en 1 sesión diaria, en las cuales se alternaban ejercicios de movilización y potenciación muscular con ejercicios de la marcha, reparto de cargas y equilibrio. Utilizamos las siguientes técnicas: cinesiterapia activa de todas las articulaciones libres del miembro inferior afecto, ejercicios isométricos de cuádriceps. Movilizaciones pasivas de rótula, masaje de la cicatriz, y masaje descontracturante. Se insistió sobre todo en la cinesiterapia activo-asistida y forzada mantenida en flexión y extensión de rodilla. La reeducación de la marcha se realizó en barras paralelas, (superando obstáculos, marcha lateral, hacia atrás), escaleras y rampas. Se trabajo las transferencias de peso, la repartición de cargas y la propiocepción. Al final de cada sesión se utilizó crioterapia como medida antiálgica.

CONCLUSIONES: Tras varios meses de rehabilitación, el dolor desapareció. Se consiguió recuperar la movilidad completa de la rodilla, lo que permite al paciente desarrollar sus actividades de la vida diaria con normalidad, sin alteración de la marcha. Se recuperó la fuerza muscular, mejoró el estado de la cicatriz, disminuyó la inflamación y el edema.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, INESTABILIDAD DE RODILLA, DOLOR PATELAR, LUXACIÓN RODILLA, RÓTULA LIGAMENTOS.

BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA, ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, RAQUEL RUEDA VERGARA

INTRODUCCIÓN: Se denomina fibromialgia a la enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad en múltiples áreas corporales y puntos predefinidos (tender points), sin alteraciones orgánicas demostrables. Se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente y el sueño no reparador. Además suele coexistir con otros trastornos reumatológicos y psiquiátricos.

OBJETIVOS: Determinar una búsqueda bibliográfica para comprobar la eficacia de un programa de ejercicios en el tratamiento de la fibromialgia.

METODOLOGÍA: Se llevan a cabo búsquedas en las siguientes fuentes de información: Pedro, Cochrane y Medline. Las palabras clave utilizadas son: fibromyalgia, physiotherapy, physical exercise y pain. Se seleccionan aquellos ensayos controlados y aleatorios que estudian el tema a tratar y se tiene en cuenta el factor lingüístico (estudios en inglés o castellano), el temporal (estudios entre 2000-2017) y con una escala de PEDro igual o superior a 5.

RESULTADOS: De un total de 318 referencias encontradas tras la búsqueda son seleccionadas 5 para un análisis en profundidad. En todos ellos se describen los beneficios del ejercicio para reducir la sintomatología de la fibromialgia. Uno de los estudios nos habla de que los beneficios del ejercicio son mejorados cuando se combinan con educación de autogestión dirigida. En otro se describe como el ejercicio de resistencia progresiva mejora la fatiga en mujeres con fibromialgia.

CONCLUSIÓN: Caminar a diario de forma progresiva, movimientos simples para el entrenamiento de la fuerza y las actividades de estiramiento mejoran la función física, el estado anímico y la sintomatología de los individuos. Sería necesario realizar estudios que profundicen sobre la efectividad de otras actividades y deportes, así como las diferencias entre realizar ejercicio en grupo o de manera individual.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, FISIOTERAPIA, DOLOR, EJERCICIO FISICO.

MOVILIDAD DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO Y EL IMPULSO RÍTMICO INTRACRANEAL O MOVIMIENTO RESPIRATORIO PRIMARIO

PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT

INTRODUCCIÓN: Sutherland describió en 1939 la movilidad de los huesos del cráneo y el impulso rítmico intracraneal, así como las técnicas de movilización de los huesos del cráneo. Las suturas están unidas por tejido conjuntivo y ligamentos suturales. La hoz del cerebro, tienda del cerebelo y hoz del cerebelo son membranas intracraneales (extensiones de duramadre) de tensión recíproca cuya función es guiar y limitar los movimientos de los huesos craneales. En la teoría osteopática el LCR presenta un movimiento pulsátil cíclico de 10-12 veces/minuto (MRP) descrito como independiente de la respiración y del ciclo cardíaco.

OBJETIVOS: Analizar mediante investigaciones y estudios científicos la movilidad del cráneo y si ésta es debida o no a la circulación del LCR desde los lugares de secreción hasta los lugares de absorción.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Existe un cambio de conformación sutural. La movilidad sutural varía entre 25-41 micrones y la elasticidad ósea entre 6-25 micrones. Se constató que la actividad respiratoria y cardíaca se reflejan en los registros del movimiento de los huesos al igual que la flexo-extensión de la columna vertebral hace desplazar a los huesos parietales. Factores adicionales tales como ritmo respiratorio, postura del sujeto, presión venosa yugular y esfuerzo físico modulan también la dinámica y presión del flujo del LCR.

CONCLUSIÓN: No hay duda de que existe una micromovilidad a nivel de las suturas de la cara y bóveda craneal; las evidencias científicas son numerosas. Existen modificaciones tensionales rítmicas a nivel de los huesos del cráneo, que se acompañan de fluctuaciones rítmicas de LCR. La fisiología articular descrita por Sutherland es correcta, sin embargo se puede poner en duda la existencia del Movimiento Respiratorio Primario (MRP) ya que no puede ser la fuerza del LCR el motor de este mecanismo. Lo más evidente y razonable es admitir que el motor es la respiración costal diafragmática.

PALABRAS CLAVE: SUTHERLAND, MRP, CRÁNEO, DURAMADRE, RESPIRACION COSTAL, LCR.

ENFERMEDAD DE LEIGH EN PACIENTE PEDIÁTRICO

VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 3 años, según la madre el desarrollo del embarazo fue normal, parto a termino y de forma natural. Comienza a decir sus primeras palabras al año, adquiriendo un vocabulario fluido aunque básico, deambula a los 11 meses. A los 16 meses presenta de forma repentina y aguda, alteración del movimiento del MSD similar a un temblor e imposibilidad de coordinar el movimiento y mala vocalización de palabras. Se le ingresa para realizar pruebas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta movimientos extrapiramidales de flexoextensión con posturas distónicas, disquinesias bucolingual, hipotonía axial, desconexión del medio e irritabilidad, llanto agudo con opistótonos y movimientos oculares anómalos. No es posible la sedestación estable. Mantiene bipedestación con dos apoyos. No marcha pero si tiene intención. Se le realiza estudio histoenzimatico sin hayazgos relevantes. Se le realiza biopsia para descartar miopatía mitocondrias, siendo negativa. Sin embargo el estudio se ha identificado una actividad combinada II+III disminuida con posibilidad de un déficit de coenzima Q10. Se le realiza estudio genético y bioquímico que confirma la Enfermedad de Leigh.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Leigh, es un trastorno heterogéneo y poco frecuente. Presenta una herencia variable y cursa con anomalía genética. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hasta dar con el diagnóstico de enfermedad de Leigh, Se barajaron las siguientes posibilidades: encefalopatía aguda/subaguda, posible enfermedad mitocondrial, retraso psicólogos mas evidente a nivel motor grueso.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Leigh o encefalomielopatia necrotizante subaguda es una enfermedad neurológica progresiva definida por las características neuropáticas específicas asociadas a las lesiones del tronco cerebral y ganglios basales, con una prevalencia al nacer de 1/36.000, El inicio de los síntomas se da antes de los 12 meses. No hay tratamiento específico aunque se han propuesto varias vitaminas o cofactores (vitamina B1,B2, carnitina y coenzima Q10). El pronóstico de vida se reduce a unos pocos años en la mayoría de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE LEIGH, MOVIMIENTOS EXTRAPIRAMIDALES, ENCEFALOPATÍA, DISTONÍA.

LA PSICOMOTRICIDAD COMO TERAPIA EN NIÑOS

RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO, AMARANTA DE MIGUEL RUBIO, CÉSAR VACAS JURADO

INTRODUCCIÓN: La psicomotricidad o terapia psicomotriz es primordial, sobre todo en los niños. Se trabaja a través del movimiento corporal y del juego libre, que es su forma natural de aprender. Va acompañada de un pensamiento y una emoción. Se emplea en mayor medida con niños de entre uno y seis años. Existe una gran interdependencia entre los desarrollos motores, afectivos, intelectuales, comunicativos y sociales. Con la práctica psicomotriz favoreceremos el desarrollo integral.

OBJETIVOS: Valorar la función de la psicomotricidad como elemento terapéutico en la parálisis cerebral infantil. Estudiar el beneficio que produce la intervención terapéutica a través del juego y el movimiento corporal en niños con parálisis cerebral.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Dialnet, Pubmed etc..), Así como en múltiples artículos científicos relacionados con la terapia psicomotriz. Utilizando descriptores tales como niños, psicomotricidad, parálisis cerebral infantil.

RESULTADOS: El resultado es que los estudios realizados con niños demuestran que la psicomotricidad es una herramienta eficaz y beneficiosa en el colectivo de la parálisis cerebral en las que se observan cambios favorables sean en mayor o menor medida. Además, es una técnica que trabajada conjuntamente con otros especialistas u otras actividades como puedan ser actividades en el agua, o cualquiera que implique movimiento y expresión corporal tiene un uso muy positivo hacia dicho colectivo.

CONCLUSIÓN: Se ha comprobado que existe un mayor número de publicaciones en investigación sobre la relación entre Parálisis Cerebral Infantil y la psicomotricidad en Estados Unidos y países europeos que en España.

PALABRAS CLAVE: NIÑOS, PSICOMOTRICIDAD, PARALISIS CEREBRAL, FISIOTERAPIA.

LUMBALGIAS EN EMBARAZADAS: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ
CAPARROS

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar en embarazadas es una de las principales complicaciones que aparecen. Esto se debe fundamentalmente a dos factores, uno de ellos la hipermovilidad articular causada por cambios hormonales (relajina) y otro factor de ámbito postural causado por el crecimiento del útero del gestante.

OBJETIVOS: Valorar y conocer las técnicas de tratamiento no farmacológicas del dolor lumbar en mujeres embarazadas y determinar las técnicas fisioterapéuticas más efectivas en dicho dolor.

METODOLOGÍA: Para la elaboración de esta revisión se ha efectuado una búsqueda bibliográfica exhaustiva de las principales bases de datos de ciencias de la salud, realizando búsquedas en artículos de bases de datos y editoriales de Elsevier, PubMed, Cochrane, Scielo. Utilizando los descriptores: lumbalgia, embarazo, dolor, fisioterapia, ejercicio.

RESULTADOS: Tras la revisión de artículos hemos concretado que el tratamiento fisioterápico es muy utilizado y beneficioso en mujeres embarazadas con dolor lumbar. Las técnicas de fisioterapia más comunes son hidroterapia, estiramientos, masoterapia, termoterapia superficial y acupuntura, y estas apreciaron una disminución del dolor y mejora de su funcionalidad frente a otras mujeres embarazadas que solo reposaron.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia disminuye significativamente el dolor lumbar en mujeres embarazadas, también en importante una tabla de ejercicios específica. Hay varios artículos sobre el tema, pero deben de realizarse más estudios para aumentar la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE: LUMBALGIA, EMBARAZO, DOLOR, FISIOTERAPIA, EJERCICIOS.

TRATAMIENTO DE ONDAS DE CHOQUE EN LA FASCITIS PLANTAR

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN ÁGUILA CORTÉS, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: La fascitis plantar es la condición más común de dolor en el talón. Esta condición ocurre cuando el ligamento fibroso de la fascia plantar a lo largo de la parte inferior del pie provoca desgarros en los tejidos, y esto produce dolor e inflamación. El dolor de la fascitis plantar generalmente se encuentra cerca de donde la fascia se une al calcáneo. Aunque el dolor puede empezar a desarrollarse en la parte interna del tobillo. La Terapia de ondas de choque en la fascitis plantar funciona mediante la inducción de microtraumatismos al tejido afectado. Este microtraumatismo inicia una respuesta regenerativa. La respuesta de regeneración provoca la formación de los vasos sanguíneos y un aumento de nutrientes en la zona afectada. El microtraumatismo se cree que estimula un proceso de reparación del tejido y eso alivia los síntomas de la fascitis plantar.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del tratamiento de ondas de choque en la fascitis plantar.

METODOLOGÍA: Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (Medline, PubMed y google académico). Esta búsqueda arrojó 13 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: Los resultados en esta revisión sobre las ondas de choque en la fascitis son controvertidos. Los aspectos positivos como que es una opción no invasiva para los problemas que a veces son difíciles de tratar y no tiene efectos secundarios importantes. Como aspectos negativos sería la baja efectividad del tratamiento. Las recomendaciones actuales para este tratamiento son que es un tratamiento seguro para pacientes que han fracasado las medidas conservadoras y pueden requerir un tratamiento más invasivo. El elevado precio del tratamiento, comparado con otro tipo de terapias.

CONCLUSIÓN: Por lo que es una terapia no invasiva y efectiva de tratar las fascitis pero no con todos los pacientes tiene la misma eficacia.

PALABRAS CLAVE: ONDAS DE CHOQUE, FASCIA PLANTAR, FASCITIS PLANTAR, REHABILITACIÓN.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LA ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES POR FLUOROQUINOLONAS

PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Las roturas tendinosas inducidas por fluoroquinolonas deben ser tenidas en cuenta dado el uso creciente de estos antibióticos tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario. Se considera una lesión de gravedad y requiere de un largo proceso de recuperación siendo imprescindible realizar un buen tratamiento fisioterápico para reducir al máximo las consecuencias negativas de esta patología.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía existente del tratamiento fisioterápico en la rotura del tendón de aquiles consecuencia del uso de fluoroquinolonas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, PEDro y la Cochrane Library Plus en el periodo comprendido entre 01/01/2012-31/12/2017. Palabras clave: fisioterapia, terapia física, tratamiento, rehabilitación, rotura aquilea, tendón de aquiles, fluoroquinolonas.

RESULTADOS: La movilización temprana y el apoyo progresivo del peso dan mejores resultados que la inmovilización prolongada. La evolución mejora tras el cese de la toma del medicamento. En los últimos cinco años, se tiende a inmovilizar el tobillo utilizando una ortesis funcional en lugar de la escayola. El tratamiento fisioterápico temprano se recomienda tanto en pacientes tratados de manera convencional como quirúrgicamente. El estado previo de la condición de salud del paciente condicionará el tratamiento rehabilitador, los tiempos de recuperación y los objetivos a alcanzar. La investigación en lo que concierne a la actuación fisioterápica, así como las pautas de tratamiento a seguir, deben ser estudiadas en mayor profundidad para establecer conclusiones precisas que permitan desarrollar un trabajo óptimo.

CONCLUSIÓN: Movilización temprana y apoyo progresivo del peso frente a inmovilización prolongada. Cese del tratamiento con fluoroquinolonas. Tratamiento fisioterápico temprano tanto en pacientes tratados de manera convencional como quirúrgicamente. El estado previo del paciente condicionará los tiempos y objetivos de recuperación.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ROTURA TENDÓN AQUILES, FLUROQUINOLONAS, TERAPIA MANUAL.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ESGUINCE DE TOBILLO GRADO II

PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL, MARTA SOUZA FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años, limpiadora. Acude a Servicio de fisioterapia por dolor y hematoma importantes en región externa de tobillo izquierdo e impotencia funcional tras movimiento de inversión forzado al realizar un mal gesto con calzado inadecuado. No patologías de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Síntomas: Dolor (EVA 7) en parte externa del tobillo, parte superior del astrágalo y distal de la tibia. Estática: edema, rubor y calor. Actitud antálgica en carga. Dinámica: incapacidad para la marcha. Cajón anterior: Positiva. Lesión del LPAA y de la cápsula articular. Inversión forzada: Positiva: LPC y LPAA. Test de Clunk: Negativo. Test de la cola del astrágalo: Negativo. Escala de Daniels: Movimiento incompleto y doloroso (ED=1) Movimiento fisiológico pasivo y activo: No valorable por dolor. Test del juego articular: NO valorable por dolor.

JUICIO CLÍNICO: Esguince grado II Ligamento lateral externo pié izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Remitida a Servicio de Traumatología para descartar posibles complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS: 1º Y 2º sesión: RICE, Láser a baja dosis, bombeo tibio tarsiano y vendaje funcional con Tape. Indicaciones en domicilio, explicación de signos de alarma, reeducación de la marcha. 3º Sesión: RICE, Láser a baja dosis, bombeo tibio tarsiano, movilizaciones pasivas, desbloqueo de articulación tibiotarsiana y vendaje funcional de tobillo con Tape. 4º - 8º Sesión: Onda corta pulsada 200hz, 15', Drenaje linfático manual, movilizaciones pasivas y activoasistidas en articulación tibiotarsiana y de todos los huesos del tarso entre sí. Isométricos de tibial anterior, peroneo lateral largo y corto. Vendaje funcional técnica blanda. Reeducación de la Marcha alternante en Dos tiempos con dos bastones. 9º Y 10º sesión: Aumento de carga creciente, ejercicios de potenciación muscular y propiocepción. Se retira vendaje funcional blando en la 9º sesión.

CONCLUSIONES: La aplicación de las técnicas descritas en la secuencia indicada consiguen disminuir el edema, mejorar la cicatrización y aumentar el grado de funcionalidad de la paciente en 10 sesiones.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ESGUINCE GRADO II, TRATAMIENTO CONSERVADOR, PLAN DE TRATAMIENTO.

BENEFICIOS DEL TAICHÍ PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

MARTA CASTELLANOS VIDAL, MARIA PILAR BURILLO VIDAL, ALBA GUITARD QUER, NATALIA BRAVO ANDRÉS, EDUARDO DELGADO ROCHE, MARTA PIÑOL RABINAT

INTRODUCCIÓN: El Taichí integra ejercicios de poca velocidad y movimientos de bajo impacto con una respiración profunda mediante la relajación y concentración mental. Se ha evidenciado que las terapias combinan ejercicio físico, ejercicio de la mente y terapias de relajación, pueden aumentar la tolerancia al dolor.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios del taichí para el tratamiento del síndrome de sensibilización central.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Lilacs y Cuiden. Con los descriptores: : “Fibromyalgia & tai chi”, “Tai chi benefits”, “Fibromyalgia & physic exercise”, “Fibromyalgia treatment”. Se aplicaron los filtros: artículos publicados en los 5 anteriores años, publicaciones en español e inglés y publicaciones nacionales e internacionales. Los criterios establecidos fueron: estudios que describan los beneficios del Taichí para el tratamiento de la fibromialgia, que aporten datos contrastados sobre el estado de la cuestión, acceso al texto completo y escritos en inglés o español. De 178 publicaciones fueron seleccionadas 27 para análisis según criterios de inclusión.

RESULTADOS: El trabajo de percepción del cuerpo, la relajación, el dominio de los movimientos y la respiración son una herramienta efectiva para el autocontrol de los síntomas de la fibromialgia. Varios autores afirman haber encontrado resultados que reflejan mejoras en la calidad del sueño gracias al trabajo de relajación. Numerosos estudios trabajan la capacidad aeróbica y la fuerza. Sus resultados evidencian mejoras en la función física, social, percepción del dolor y una mayor calidad de vida. En los programas de ejercicio donde se practicó taichí, hubo una buena tolerancia y no se provocaron efectos adversos sobre la salud de los pacientes.

CONCLUSIÓN: A pesar de existir evidencia científica sobre los beneficios del Taichí, no existe un tratamiento específico y definitivo para este síndrome. Se necesita seguir investigando nuevas líneas de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO FIBROMIALGIA, SÍNDROME SENSIBILIZACIÓN CENTRAL, BENEFICIOS TAICHÍ, EJERCICIO FÍSICO I FIBROMIALGIA.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE KINESIO TAPING EN LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

RAQUEL RUEDA VERGARA, ENCARNACION SANCHEZ PEREZ, JULIA MARÍA CASTRO ORTEGA

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia venosa crónica es una patología muy común, sobre todo en las mujeres, que causa dolor y disminuye tanto la funcionalidad como la calidad de vida de los pacientes afectados. El kinesio taping es una herramienta terapéutica que consiste en la aplicación de un vendaje que normaliza la función muscular, mejora la circulación linfática y vascular y disminuye el dolor entre otros efectos.

OBJETIVOS: Analizar los estudios existentes sobre la aplicación de kinesio taping en la insuficiencia venosa crónica.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema, consultando las bases de datos PubMed, PEDro, Cochrane Library y Scopus con los descriptores “venous insufficiency”, “kinesio taping”, “bandaje” y “physiotherapy” desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre del 2017, con trabajos publicados en inglés y español. De un total de 109 referencias encontradas tras la búsqueda, son seleccionados 3 estudios para un análisis en profundidad por cumplir los criterios de admisión (ensayos clínicos aleatorios y con una puntuación en la escala de PEDro superior a 5).

RESULTADOS: En todos ellos se obtienen resultados significativos en la mejora del flujo venoso periférico y el edema así como mejoras en los parámetros de marcha y calidad de vida en el grupo experimental.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir, tras el análisis de resultados, que la aplicación de kinesio taping en la insuficiencia venosa crónica parece ser efectivo para mejorar la circulación venosa y linfática, así como disminuir el edema, lo que conlleva una mejora de la calidad de vida de los pacientes, sin embargo parece tener un efecto placebo respecto a la disminución del dolor. Es necesario realizar estudios con mayor calidad metodológica.

PALABRAS CLAVE: KINESIO TAPING, INSUFICIENCIA, FISIOTERAPIA, VENOSA, CRÓNICA.

SÍNDROME DEL DOLOR REGIONAL CRÓNICO O DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA: SÍNDROME DE SUDECK

CARMEN MARIA JIMÉNEZ HERRERA, ANGEL HURTADO DE MENDOZA MEDINA, CARMEN MARIA JIMENEZ FELICES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 14 años, con AP de diabetes mellitus tipo 1 desde los 9 años y Sd depresivo reactivo a su enfermedad orgánica, presenta, desde hace seis meses, dolor crónico en mano derecha, con episodios recidivantes de inflamación, que no alivia con AINEs ni analgesia a dosis plena. Solía practicar deporte habitualmente, aunque no recuerda traumatismo previo. Ha tenido que abandonar este deporte con el dolor y actualmente presenta dificultad para realizar sus actividades de su vida diaria por el dolor y pérdida de fuerza en la mano afecta. Últimamente dificultad para abrir la mano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración presenta inflamación de mano y muñeca derecha, con dolor a la flexo-extensión activa y pasiva. Maniobra Tinnel-Phallen negativa. Analítica con pruebas reumáticas negativas. RX mano: sin hallazgos patológicos. RMN sin hallazgos patológicos. Electromiografía normal.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de dolor regional crónico o Distrofia simpática refleja (Atrofia de Sudeck).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Esguince de muñeca, Síndrome del túnel carpiano y artropatía reumática.

PLAN DE CUIDADOS: Derivación a rehabilitación y fisioterapia, ejercicios de rehabilitación a diario en casa y tratamiento por fisioterapeuta y tratamiento del síndrome depresivo.

CONCLUSIONES: El síndrome de distrofia simpática refleja o atrofia de sudeck es un trastorno neurológico que ocurre después de una lesión menor, a veces no identificada por el paciente, en manos o pies. Con el avance del tiempo la piel, los tendones y los músculos se retraen. El diagnóstico de este síndrome es a menudo un reto debido a las múltiples presentaciones clínicas que presenta. Es importante el diagnóstico precoz para evitar la progresión de la enfermedad. Su tratamiento se basa en rehabilitación de la extremidad afecta, aunque en casos refractarios se pueden plantear bloqueos simpáticos y simpatectomía. Es importante el tratamiento psicológico del paciente, ya que la mejoría del cuadro depende mucho de la mejoría psíquica del paciente.

PALABRAS CLAVE: DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEJA, SÍNDROME DOLOR REGIONAL COMPLEJO, DISTROFIA SIMPÁTICA, SÍNDROME DE SUDECK.

VALORACIÓN DE LA MARCHA EN PACIENTES AFECTADOS DE DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

CÉSAR VACAS JURADO, RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO, AMARANTA DE MIGUEL RUBIO

INTRODUCCIÓN: La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es un desorden de carácter hereditario recesivo ligado al cromosoma X, caracterizada por debilidad muscular rápidamente progresiva, la cual empieza por los músculos de la pelvis y proximales de las piernas y luego afecta todo el cuerpo. Los síntomas por lo general aparecen antes de los 6 años, pero también pueden darse a edades más tempranas. Hay debilidad muscular progresiva de la pelvis y las piernas, la cual se asocia a pérdida de masa muscular, la cual es sustituida por tejido conectivo y grasa. Son frecuentes también las contracturas, acortamientos y fibrosis musculares produciendo incapacidad para utilizar los músculos. Hacia la edad de los 10 años, se requieren de prótesis ortopédicas para poder caminar y a la edad de 12 años, la mayoría de los pacientes están confinados en una silla de ruedas. La deambulación en estos pacientes es de vital importancia a nivel físico, mental y social.

OBJETIVOS: Determinar si existe algún test validado, de uso común y reconocido para la valoración de la marcha en pacientes deambulantes con DMD.

METODOLOGÍA: Se han realizado búsquedas bibliográficas y de artículos en Pubmed, Pedro, Medline y Scielo acerca del tipo de valoración de la marcha, que se lleva a cabo en pacientes con DMD. Se han usado diferentes descriptores como DMD, Duchenne, valoración de la marcha, walking test, Physiotherapy, etc.

RESULTADOS: Se ha evidenciado el 6 minute walking (6MWT) como el de test de referencia para la evaluación de la marcha en pacientes deambulantes con dmd, así como su validación para estudios comparativos.

CONCLUSIÓN: Este test es la principal elección para evaluar a pacientes deambulantes con dmd. Se requiere de un tratamiento multidisciplinario para retrasar la evolución de la enfermedad, mientras no se disponga de un tratamiento curativo.

PALABRAS CLAVE: DMD, VALORACIÓN DE LA MARCHA, DUCHENNE, WALKING TEST, 6MWT, PSICOTERAPIA.

FISIOTERAPIA PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA PSEUDOARTROSIS

MARTA SIBÓN SABORIDO, ELENA TORRALBA CHOZAS, MARINA ISABEL NAVAS RAMÍREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de veintitrés años sufre un accidente deportivo y es intervenido de una fractura diafisaria del fémur izquierdo. Tras un año vuelven a intervenirlo con material de osteosíntesis (clavo intramedular) por el desplazamiento del foco de la fractura y acude a rehabilitación. Antecedentes personales: hernia inguinal y esguince leve de tobillo derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente no presenta dolor. Cojera en la marcha con dos muletas. Balance articular: rodilla: E/F: 0/100°, cadera y tobillo normal Balance muscular: está normalizado, salvo el cuádriceps que presenta cierta debilidad 4/5 según la Escala Daniels. Observamos falsa pierna corta izquierda por acortamiento del músculo psoas. Como pruebas complementarias presenta Rx de fémur izquierdo, pelvis y columna lumbar en diferentes proyecciones, analítica completa y un TAC donde se confirma la pseudoartrosis y se plantea la segunda intervención quirúrgica.

JUICIO CLÍNICO: Fractura diafisaria desplazada de fémur izquierdo. Pseudoartrosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Resonancia magnética nuclear para descartar posibles lesiones musculares.

PLAN DE CUIDADOS: Inicialmente recibe sesiones de magnetoterapia que ayudará a la formación del tejido óseo. Realizamos un tratamiento del músculo psoas con maniobras de bombes y músculo-energía. Enseñamos al paciente un programa completo de ejercicios de fortalecimiento de todo el miembro inferior, sobre todo del músculo cuádriceps, al que sometemos a sesiones de electroestimulación. También realiza ejercicios de propiocepción y reeducamos la marcha con dos muletas para corregir la cojera que presenta. Tras un mes y medio de rehabilitación el paciente aumenta el balance muscular del cuádriceps hasta 5 en la Escala Daniels y el balance articular aumenta en 30° la flexión.

CONCLUSIONES: Podemos concluir que es de vital importancia la fisioterapia precoz en el tratamiento de la pseudoartrosis.

PALABRAS CLAVE: PSEUDOARTROSIS, FISIOTERAPIA, FRACTURA, FÉMUR.

LA FISIOTERAPIA PARA LA TERCERA EDAD EN ZONAS RURALES

ANA BELÉN RUIZ PÉREZ, SALOME PINEDA TENOR, FRANCISCO JOSE VILLALON GARCIA

INTRODUCCIÓN: En este trabajo experimental nos vamos a centrar en aliviar los dolores de las personas que pertenecen al rango de edad de la tercera edad. Para ello, vamos a tomar la edad de 60 años como edad de corte inclusive, y hacia delante. A parte, le vamos a dar la oportunidad de participar a personas que no cumplan con el requisito de la edad, pero que tengan una enfermedad degenerativa tomando como ejemplo las siguientes: Artritis reumatoide, Fibromialgia, Pakirson, Alzheimer, esclerosis múltiple, etc. Este trabajo lo vamos a realizar en zonas rurales, ya que esta población diana le cuesta más trabajo desplazarse hacia zonas con dicho servicio.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este estudio determinar medidas para ofrecer más calidad de vida a dichos pacientes, aliviando los dolores articulares o musculares que son más agudos en ese momento, y analizar la fisioterapia como una herramienta útil para adquirir más bienestar físico.

METODOLOGÍA: Se harán unas listas con grupos de 10 personas para asistir a la sala de fisioterapia, y se indicará la fecha a la que van a comenzar cada grupo y se anunciarán en un tablón. Se escogerá un sitio que pueda hacer la función de sala de fisioterapia básica, para realizar los tratamientos correspondientes.

RESULTADOS: En general, el paciente obtiene una mejoría de su estado físico y psíquico al recibir dicho tratamiento de fisioterapia adaptado para él, y al relacionarse con personas que se encuentran en su misma situación.

CONCLUSIÓN: El medio de comunicar este servicio va a dar lugar a la llegada de más o menos número de usuarios que podrían verse beneficiados.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, TERCERA EDAD, ENFERMEDAD DEGENERATIVA, DOLORES, NECESIDADES.

COXIGODINEA, TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA: ESTUDIO DE CASO

MARTA SOUZA FERNÁNDEZ, PATRICIA MÉNDEZ PÉREZ, LETICIA RODRIGUEZ MORAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años acude a servicio de fisioterapia por dolor en zona cóccix, lo relaciona con embarazo y parto hace seis meses. Es un dolor que cursa por crisis tras períodos prolongados en sedestación, que le limita entonces la movilidad sacra y lumbar, no pudiendo pasar de sedestación a bipedestación y que también limita los cambios de decúbito. Inicialmente se le recomendó por su médico de atención primaria ibuprofeno que daba como resultado una mejoría pasajera del dolor, así que posteriormente se optó por el tratamiento de fisioterapia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: No alergias conocidas, síndrome depresivo postparto, infección de tracto urinario, candidiasis. No practica deporte, no actividad laboral, medicación previa ibuprofeno. El dolor es selectivo en coxis a la palpación y molestias en punto valleix izquierdo. Se realiza una radiografía de control del sacrococxis en la que no se aprecian cambios osteoarticulares.

JUICIO CLÍNICO: Coxigodinea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta problema osteoarticular mediante radiografía de sacrococxis AP y LAT. No irradiación hacia MMII.

PLAN DE CUIDADOS: Se recomienda tratamiento de terapia física analgésica sintomática mediante la electroterapia (magnetoterapia, ultrasonido y láser), tratamiento de terapia manual con la finalidad de restaurar la movilidad y disminuir los bloqueos y se complementa con aprendizaje de trabajo hipopresivo que también realiza en domicilio.

CONCLUSIONES: Tras el tratamiento recibido la paciente no refiere dolor alguno en la zona y ha recuperado la movilidad total ante la sedestación prolongada. Han desaparecido todos los síntomas iniciales.

PALABRAS CLAVE: COCCIGODINEA, FISIOTERAPIA, TERAPIA MANUAL, ELECTROTERAPIA.

APLICACIÓN DE MAGNETOTERAPIA EN PROCESOS ARTRÓSICOS

JUAN JOSÉ VALLEJO MALDONADO, CARMEN ÁGUILA CORTÉS, EVA LETICIA TRUJILLO MALDONADO

INTRODUCCIÓN: En un primer lugar, la artrosis comienza con unos cambios degenerativos sobre el cartílago articular. Después de su degeneración, los bordes de la articulación afectada reaccionan formando protrusiones y provocando cambios osteoartrósicos. En segundo lugar, se puede perjudicar también el tejido blando y ligamentos circundantes de la articulación. La lesión consiste en una deformación de la articulación, limitada capacidad de movilidad y dolores.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la magnetoterapia en procesos artrósicos y valorar su efectividad.

METODOLOGÍA: Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en algunas bases de datos (PEDro, Medline, PubMed y google académico) Esta búsqueda arrojó 10 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

RESULTADOS: Según los artículos revisados, existen multitud de beneficios para el uso de la magnetoterapia en procesos artrósicos como: Regenerador de tejidos Antiinflamatorio Mejora la circulación sanguínea Estimulación de la creación de calcio y colágeno en los huesos efectos analgésicos. La artrosis afecta con mayor frecuencia a las articulaciones de los hombros, caderas o rodillas. En el desarrollo de la enfermedad puede influir la edad, cambios innatos en las articulaciones, cambios traumáticos, carga excesiva, influencia metabólica, etc. La estimulación con magnetoterapia genera una vibración de los receptores magnéticos que hay dentro de las células. Esta a su vez genera una función de armonización dentro de la membrana celular, concretamente sobre la bomba sodio-potasio, prolongando a su vez cambios en la estructura iónica del tejido óseo (mejorando la calidad del hueso).

CONCLUSIÓN: La magnetoterapia será un recurso a tener en cuenta para tratar a pacientes con este tipo de patología.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, MAGNETOTERAPIA, REHABILITACIÓN FUNCIONAL, ARTROSIS.

LA HIDROTERAPIA EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

ISABEL GARCÍA RIVAS, MARIA JOSE PEREZ SALA, PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ANA BELÉN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La parálisis cerebral, es una serie de trastornos que afectan a la capacidad motora de las personas (PC) y es la causa que más comúnmente provoca discapacidad motora en edad pediátrica. Es un trastorno que aparece en los primeros años de vida persiste a lo largo de ella, siendo su prevalencia en países desarrollados aproximadamente entre 2 y 2,5 casos por cada 1.000 Recién nacidos, lo que provoca que un importante porcentaje de población se encuentre en situación de dependencia como consecuencia de las discapacidades originadas. A raíz de dichas discapacidades, este trastorno conlleva un elevado coste sociofamiliar para poder ofrecerles unos cuidados adecuados y una calidad de vida óptima. La hidroterapia es una serie de técnicas que utilizan el agua como agente terapéutico. Esta disciplina se engloba dentro de la balneoterapia, fisioterapia y medicina y es definida como “el arte y la ciencia de la prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones por medio del agua”.

OBJETIVOS: Averiguar en qué puede beneficiar la hidroterapia en personas que padecen Parálisis Cerebral.

METODOLOGÍA: Realizo una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos científicas: Medline, Pubmed y Cochrane y Dialnet, desde 2000 hasta 2018, usando como descriptores: hidroterapia, fisioterapia, parálisis cerebral, rehabilitación, balneoterapia.

RESULTADOS: Numerosos estudios muestran una evidencia favorable en cuanto a la aplicación de hidroterapia en personas con parálisis cerebral. Se evidencia una mejoría notable tanto en funciones motoras como en estado anímico. También se observan mejorías en cuanto a capacidad aeróbica y cambios fisiológicos favorables.

CONCLUSIÓN: Como conclusión podemos decir que la terapia acuática en sus diferentes formas y métodos es beneficiosa para personas con parálisis cerebral, siempre y cuando sea una actividad individualizada y acorde a las necesidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: HIDROTERAPIA, FISIOTERAPIA, PARÁLISIS CEREBRAL, FUNCIÓN MOTORA.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PARÁLISIS CEREBRAL POR PREECLAMPSIA

MARINA ISABEL NAVAS RAMÍREZ, ELENA TORRALBA CHOZAS, MARTA SIBÓN SABORIDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente nacida por cesárea, a las 40 semanas. Sufre una encefalopatía hipoxico-isquémica grave con hemorragia intraventricular. Amniorraxis de 1 hora. Necesita reanimación tipo 3. Peso 1980 g. 47Cm. Perímetro craneal 30cm. Tono muscular y respuestas adecuadas y simétricas, sin deformidad osteoarticular. Es tratada en fisioterapia por primera vez a los 3 años y 3 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración manual: reflejos, paracaídas, equilibrio bipedestación y marcha, miembro inferior y superior izquierdo (espasticidad marcada) Pruebas complementarias: ecografía de cerebro, ecografía transfontanelar, RMN craneal, EDPP I de Brunet-Lèzine, potenciales evocados visuales, Doppler de cerebro y tomografía computarizada.

JUICIO CLÍNICO: Parálisis cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se han hecho distintas pruebas complementarias para descartar otras patologías, como la tomografía computarizada para descartar una posible hidrocefalia.

PLAN DE CUIDADOS: Nos ponemos unos objetivos a conseguir: Corto plazo: Disminuir espasticidad en miembros inferiores. Evitar patrón flexor del miembro superior izquierdo. Disminuir el tono del pectoral. Movilizaciones escapular. Reacciones de paracaídas. Medio plazo: Propiocepción. Bipedestación corregida. Equilibrio en bipedestación. Pasos descompuestos Largo plazo: Adecuar la base de sustentación durante la marcha. Marcha con disociación de cinturas y braceo. Marcha retrograda y lateral. Actividades de la vida diaria Concretados los objetivos realizamos un tratamiento para llevarlos a cabo: -Estiramiento gemelos - Neurotape en supinadores y extensor del pulgar. Marcha en tándem sobre un banco Bipedestación sobre la colchoneta delante del espejo. Flexionamos una pierna y desequilibramos hacia el lado contrario favoreciendo la carga. Empujar pelota de Bobath que choca contra la paciente y al tambalearse aumentando el tono para mantenerse en equilibrio. -Marcha controlada desde las caderas.

CONCLUSIONES: La paciente ha tenido una evolución favorable. Esto se ha conseguido gracias a una buena exploración y valoración que ha facilitado un buen diagnóstico, así como un tratamiento continuado y precoz en atención temprana.

PALABRAS CLAVE: PARALISIS CEREBRAL, DIAGNÓSTICO, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, PREECLAMPSIA.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO II

ISABEL MARÍA SÁNCHEZ CARRASCO, ANA ISABEL BELLIDO MOLINA, ISABEL MARIA LOPEZ RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular, de carácter genético, que se manifiesta por una pérdida progresiva de la fuerza muscular como resultado de una degeneración y pérdida de las neuronas motoras inferiores en la médula espinal y en los núcleos del tronco encefálico. La AME tipo II aparece entre los 6 y los 18 meses de edad y, en general, los niños afectados tienen dificultades para sentarse de forma independiente y son incapaces de mantenerse en pie y andar al año de vida. La insuficiencia respiratoria es la principal causa de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS: Determinar las funciones de la fisioterapia respiratoria en la afectación respiratoria en la AME tipo II.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos ScienceDirect y PubMed, y consulta de artículos científicos en revistas de interés. Los descriptores empleados han sido: “Spinal Muscular Atrophy”, “Respiratory Insufficiency” y “Physiotherapy”.

RESULTADOS: La fisioterapia respiratoria en la AME tipo II tiene por objetivo principal prevenir las atelectasias, mantener la distensibilidad pulmonar y ventilación alveolar y ayudar a la eliminación de secreciones manteniendo y/o mejorando el flujo pico de la tos (peak cough flow, PCF). El programa de fisioterapia respiratoria se inicia a temprana edad e incluye ejercicios de trabajo ventilatorio, técnicas de drenaje de secreciones, tos asistida de forma manual con ambú o mediante insuflador exuflador mecánico, y apoyo ventilatorio no invasivo (Ventilación Mecánica No Invasiva- VMNI) en casos de hipoventilación nocturna.

CONCLUSIÓN: Por el momento el manejo de la AME es sintomático, implica un enfoque multidisciplinar y está dirigido a aumentar la calidad de vida. Estos niños son particularmente sensibles a las infecciones respiratorias pero con un tratamiento adaptado, la mayoría de pacientes sobreviven hasta la edad adulta.

PALABRAS CLAVE: ATROFIA MUSCULAR ESPINAL, FISIOTERAPIA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, TOS.

EDEMA ÓSEO EN EL TROQUITER DEL HÚMERO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA BELÉN RUIZ PÉREZ, SALOME PINEDA TENOR, FRANCISCO JOSE VILLALON GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 69 años de edad, pensionista, padece de dolor en su hombro izquierdo e incapacidad funcional desde hace dos meses y medio. El tratamiento de la paciente en la sala de fisioterapia se basa principalmente en el drenaje linfático, la terapia manual, los baños de contraste y la magnetoterapia. A la paciente se le realiza una frecuencia de 2 sesiones de fisioterapia a la semana durante 3 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración nos encontramos con limitación articular en todos los movimientos de la articulación glenohumeral, pero sobre todo en los movimientos de flexión, abducción y rotación externa. La valoración muscular también está bastante afectada en general y sobretodo en la flexión, abducción y rotación externa. El test de Jobe, el test de hawkin, y la prueba de Yocum, han dado positivas. Existe una facilitación central como causa principal de este edema óseo. La facilitación central se debe a una serie de mecanismos que vienen causados por una afectación visceral o disfunción vertebral en alguno de los niveles, provocando un mal funcionamiento sináptico en la salida de la raíz nerviosa desde la médula hacia el nervio, manifestando un mal funcionamiento del sistema nervioso simpático, que envía sustancias inflamatorias a la periferia alterando el trofismo del tejido inervado.

JUICIO CLÍNICO: Afectación del manguito de los rotadores: tendinosis del supraespinoso y tendinosis del subescapular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Calcificación del tendón supraespinoso. Fractura del troquiter.

PLAN DE CUIDADOS: Reposo, tener muy buena conciencia sobre cuando aparece el dolor, puesto que cuando aparezca, hay que parar la actividad.

CONCLUSIONES: El drenaje linfático, rompe ese bucle de facilitación central, y hace que el paciente mejore.

PALABRAS CLAVE: MANGUITO DE LOS ROTADORES, TENDINOSIS, FACILITACIÓN CENTRAL, TROQUITER, EDEMA ÓSEO.

LOS BENEFICIOS EN LA MARCHA DE PACIENTES NEUROLÓGICOS TRAS LA APLICACIÓN DE TERAPIA VOJTA

AMARANTA DE MIGUEL RUBIO, CÉSAR VACAS JURADO, RAQUEL JIMÉNEZ DELGADO

INTRODUCCIÓN: La marcha humana es un patrón innato con el que se interactúa con el medio. Es de carácter automático y su principal característica es la disociación de cinturas, escapular y pélvica. La Terapia Vojta estimula mediante puntos reflejos patrones innatos del SNC.

OBJETIVOS: Revisar en la bibliografía el abordaje terapéutico del principio Vojta y la importancia de la activación de los programas motores innatos para la mejora funcional de la marcha.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Scopus, Cochrane, PeDro, etc) así como en múltiples artículos relaciones con la terapia Vojta y la marcha. Los descriptores utilizados han sido: terapia Vojta, marcha, beneficios.

RESULTADOS: Se obtuvieron 3 tesis doctorales, 35 artículos y 7 libros de las distintas bases de datos. A través de la aplicación de la locomoción refleja se pretende llegar a los siguientes componentes fundamentales del enderezamiento y desplazamiento humano: 1. El equilibrio del cuerpo en el momento de realizar movimientos (" control postural"). 2. El enderezamiento del cuerpo en contra de la gravedad. 3. El movimiento propositivo de presión y del paso de las extremidades (" movilidad fásica").

CONCLUSIÓN: Los pacientes con alteraciones neurológicas se benefician de la terapia Vojta, sobretodo a nivel de marcha. Después de la TV el paciente dispone de forma espontánea de dichos patrones parciales. Debido a la repetición constante del "movimiento normal" almacenado en el cerebro, se evitan los movimientos de compensación. Son necesarios más estudios controlados aleatorizados para determinar la relación entre TV y mejora de la marcha en personas con afectación neurológica.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA VOJTA, PACIENTES NEUROLÓGICOS, MARCHA, BENEFICIOS.

PROPUESTA DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ARTROSCOPIA DE SUTURA MENISCAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO LAFUENTE, LAIA EJARQUE PUERTO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes intervenidos en CMA, no inician la rehabilitación hasta que van a un centro de fisioterapia, pasados unos 4 ó 5 días. De hecho, a veces ni siquiera han movido la pierna por miedo. La rehabilitación precoz tras una intervención de sutura meniscal mediante artroscopia es muy importante.

OBJETIVOS: Determinar los principales ejercicios recomendados para que los pacientes realicen en casa, con el fin de realizar una hoja informativa.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un revisión bibliográfica en los siguientes buscadores científicos: PubMed, Medline y Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: Rehabilitación, fisioterapia, sutura meniscal.

RESULTADOS: Se recomiendan 10-20 repeticiones de cada ejercicio y repetirlos 3 veces al día. Importante: El paciente debe estar en descarga (no apoyar el pie en el suelo), y la flexión de la rodilla no puede ser superior a 90°. Tumbados en la cama: Arrastre el pie deslizándolo por la sábana para flexionar la rodilla - cadera hasta el límite tolerado; mantenga esta posición 5 segundos y estire la pierna. Pulse la parte posterior de la rodilla contra la cama (isométrico de cuádriceps) al tiempo que tire la punta de los dedos hacia usted, mantenga la posición 5 segundos y relaje la pierna. Eche la punta de los dedos hacia usted y levante la pierna bien estirada (si es necesario con la ayuda de una cinta), manténgala 5 segundos y vuelva a la posición inicial. Mantener 4 veces al día (en periodos de 20 ') la pierna levantada (almohada o similar), en posición de drenaje, moviendo los dedos del pie y el tobillo, todo lo que le sea posible. Sentado en la silla: Flexione y estire la rodilla sentado en la silla, sin superar los 90° de flexión.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, podemos decir que la elaboración de la hoja informativa con los ejercicios recomendados facilita la rehabilitación precoz tras una artroscopia de rodilla.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, SUTURA MENISCAL, ARTROSCOPIA.

FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO.

DANIEL MARCO LAFUENTE, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, LAIA EJARQUE PUERTO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer patinadora de 16 años. Refiere un dolor a nivel de la tuberosidad tibial anterior con 2 meses de evolución. Relata que las molestias inicialmente le aparecían al inicio y al final del ejercicio, pero que últimamente cuando empiezan no desaparecen hasta que para de hacer ejercicio. Antecedentes: Sobrecargas y calambres en cuádriceps y rotura de posas hace 1 año.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se evidencia un dolor importante a la palpación de la tuberosidad tibial anterior así como en el tendón rotuliano y el cuadriceps, tensión considerable en el recto anterior del cuádriceps. La prueba de Thomas da positivo, la cual indica acortamiento de psoas.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Osgood–Schlatter. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inicialmente la sospecha fue una tendinitis del tendón rotuliano, ya que a la palpación de la tuberosidad generaba dolor. También tenía dolor considerable a la contracción excéntrica del cuádriceps la cual cosa respaldaba el diagnóstico. Al realizar varias sesiones de fisioterapia la paciente no relató mejoría, hasta el momento en que se le quitó tensión de las posas mediante estiramientos y ejercicios específicos.

PLAN DE CUIDADOS: Sesión de rehabilitación diaria, la relajación de la musculatura de cuádriceps puede ayudar a reducir la tensión en el tendón rotuliano.

CONCLUSIONES: Los dolores en la tuberosidad tibial anterior son frecuentes en la adolescencia debido a su crecimiento. Por ese motivo hay que tener en cuenta el estado de toda la musculatura flexora de cadera, en cuanto a fuerza y flexibilidad.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, OSGOOD- SCHLATTER, TENDINITIS DEL TENDÓN ROTULIANO, TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA.

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN ROTURA DEL LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR

ALMUDENA ROSA RODRIGUEZ, MARÍA INMACULADA SANTANA REYES, EVA RAMOS MEZCUA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre, 39 años, acude a consulta por dolor en muñeca derecha, tras flexiones repetitivas hace tres meses. Refiere dolor a la movilización, sobre todo a la extensión de muñeca, con inflamación en zona periarticular. Le invalida coger peso y el apoyo sobre la mano. Dolor irradiado a antebrazo derecho, siendo dolorosa la palpación. Como antecedentes personales, destacar hipercifosis dorsal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la exploración física general se observó limitación en extensión de muñeca y en supinación de antebrazo derecho. Signos de inflamación en zona del carpo. Balance muscular 4 en musculatura intrínseca de la mano y 3 en musculatura flexora y extensora de la muñeca. Se aporta resonancia magnética del carpo y TAC de muñeca, donde aparece irregularidad en la inserción volar del ligamento escafosemilunar en el hueso escafoides en relación con un posible arrancamiento a dicho nivel, con edema óseo y derrame articular, compatible con inestabilidad DISI. Imágenes de fragmentos óseos compatibles con fractura a dicho nivel.

JUICIO CLÍNICO: Rotura del ligamento escafosemilunar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y la exploración física nos hace pensar que se trata de una afectación óseo- ligamentosa a nivel de muñeca, corroborado por las pruebas aportadas. No se descarta una posible afectación nerviosa del nervio mediano.

PLAN DE CUIDADOS: Como medidas de tratamiento se recomienda comenzar por un tratamiento conservador, inmovilizando la articulación con férula de descarga. Alternar, también, con tratamiento de fisioterapia con medidas analgésicas y realizar un programa específico de ejercicios para la muñeca, que ayude a recuperar la movilidad y el balance muscular de la misma. No obstante, no se descarta una posible cirugía si el tratamiento conservador no resulta efectivo.

CONCLUSIONES: El ligamento escafosemilunar es uno de los ligamentos intrínsecos del carpo: hallándose dentro de la articulación de la muñeca, entre escafoides y semilunar.

PALABRAS CLAVE: CARPO, FISIOTERAPIA, DOLOR, LIGAMENTO, ESCAFOSEMILUNAR.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS DE CORRER A NIVEL LUMBAR

MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS, ANA CELI ORTEGA PARRA

INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente desde el colectivo sanitario se le ha dicho a los pacientes con problemas en la zona lumbar, que correr puede ser perjudicial puesto que los impactos repetidos pueden provocar un deterioro progresivo del disco intervertebral, pero actualmente esta afirmación se está poniendo en tela de juicio y puede ser que la teoría descrita este equivocada.

OBJETIVOS: El objetivo principal, es conocer la evidencia científica disponible sobre los beneficios o perjuicios de correr sobre los discos intervertebrales.

METODOLOGÍA: Para elaborar esta revisión sistemática se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica utilizando bases de datos internacionales sobre CC. SS, (PubMed, Cochrane Plus, Web of Science, Scielo, Scopus y Lilacs), bases de datos nacionales (Dialnet, Enfispo) y la base de datos específica de Fisioterapia (PeDro). Se escogieron los artículos de los últimos 5 años. Los descriptores utilizados son correr, running, disco intervertebral, beneficios, lumbar.

RESULTADOS: La evidencia disponible es muy limitada, pero llama especialmente la atención un artículo publicado en 2017 donde se estudiaron la resonancia lumbar de 3 grupos de personas (sedentarios, corredores de 20 a 40 km por semana y corredores de más de 50 km por semana), los resultados desvelaron que la altura de los disco intervertebrales era mayor, estaban mejor hidratados y tenían mayor cantidad de proteoglicanos en el grupo de corredores de más de 50 km por semana.

CONCLUSIÓN: Probablemente correr no sea tan malo a nivel lumbar como se pensaba hace unos años, es cierto que los estudios están muy limitados debido a la poca población estudiada, pero esto abre una nueva vía de estudio para seguir estudiando sobre los benéficos de correr a nivel lumbar.

PALABRAS CLAVE: CORRER, RUNNING, LUMBALGIA, DOLOR.

FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN LA PERIOSTITIS TIBIAL

ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO, ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS

INTRODUCCIÓN: La periostitis tibial, también denominada síndrome de estrés medial de la tibia (MTSS) o shin splints, es el dolor que aparece en la inserción de tendones o periostio, en la zona medial de la tibia, es una lesión por sobreuso o de estrés por repetición de la zona tibial. Es muy frecuente en corredores y atletas militantes.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la periostitis tibial para prevenir dicha patología y orientar a los profesionales hacia un tratamiento más eficaz.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, donde se ha estudiado varios artículos de las bases de datos de Medline, PEDro, PubMed. Se seleccionan artículos publicados en los últimos años. Se utilizan los descriptores, periostitis tibial, fisioterapia, factores de riesgo, corredor.

RESULTADOS: En los estudios que hemos revisado, se pone en evidencia los siguientes factores de riesgo, como un elevado índice de masa corporal, aumento del rango de movimiento en a flexión plantar del tobillo, caída del arco plantar, rotación externa de cadera, tipo de actividad que se realiza, inadecuadas técnicas de estiramiento, condiciones del terreno, tipo de calzado, etc. Es importante conocer estos factores para prevenir y/o orientar a los profesionales hacia un tratamiento más eficaz.

CONCLUSIÓN: El tiempo de recuperación de la periostitis tibial suele ser bastante prolongada, lo que en algunas ocasiones favorece a un abandono del tratamiento por parte del paciente. Es muy importante tener en cuenta estos factores para optimizar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: PERIOSTITIS TIBIAL, FISIOTERAPIA, FACTORES DE RIESGO, CORREDOR.

LA ACUPUNTURA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR

MONICA PEREIRA ARJONA, LAURA ARBOLEDAS MARQUEZ, LUIS JESUS JANDULA LLAVERO

INTRODUCCIÓN: El dolor lumbar es una de las lesiones más frecuentes del aparato musculoesquelético (deportistas profesionales y personas sedentarias) que provocan más baja en España. Las causas de su aparición son varias pero, todas ellas son difíciles de diagnosticar y tratar, siendo el tratamiento fisioterapéutico imprescindible.

OBJETIVOS: El objetivo de esta comunicación fue el analizar la acupuntura como método de disminución del dolor de espalda, un problema cada vez más común en nuestra población, el dolor lumbar.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática en bases de datos como PubMed, Dialnet, Cuiden, Scielo, Cochrane; para encontrar artículos, publicados entre 2007-2017, que trataran sobre el dolor lumbar y la utilización de la acupuntura como método para aliviar los síntomas. Se utilizaron descriptores en español (“acupuntura”, “dolor lumbar”) y en inglés (“acupuncture”). Los criterios establecidos: 1) Estudios que analicen el dolor lumbar; 2) Con acceso al texto completo y 3) Escritos en inglés o español. Cinco publicaciones cumplieron los criterios.

RESULTADOS: La acupuntura fue más efectiva en la mejora del dolor de espalda que el no tratamiento. Esta consigue disminuir la intensidad del dolor en aquellas personas a las que se le aplica, siendo la colocación de las agujas muy importante para su efectividad. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han encontrado que la acupuntura pueda ser más efectiva que otros tratamientos convencionales (p. Ej. Analgésicos, neuroestimulación eléctrica transcutánea NEET).

CONCLUSIÓN: La acupuntura parece ser más eficaz para aliviar el dolor lumbar que los tratamientos convencionales solos y puede ser mejor que ningún tratamiento. Como resumen, podríamos decir que la acupuntura debe ser considerada una opción viable en el manejo de los pacientes con dolor lumbar crónico, pueden ser complementos útiles de otros tratamientos, aunque todavía hay una necesidad adicional de realizar ensayos de calidad superior en esta área.

PALABRAS CLAVE: DOLOR LUMBAR, ACUPUNTURA, DOLOR DE ESPALDA, ANALGESIA.

REVISIÓN SOBRE EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN LA EPICONDILITIS LATERAL

MIRIAN HERNÁNDEZ GÓMEZ, PABLO FELIPE ROMERO HERNÁNDEZ, RUBÉN VELASCO REDONDO

INTRODUCCIÓN: La epicondilitis lateral (EL) es una de las lesiones de brazo más frecuente, afecta entre un 1-3% de la población con una duración media que varía entre los 6 meses y los 2 años en personas que no han recibido rehabilitación. En la actualidad, el tratamiento de la EL se basa principalmente en fisioterapia y/o en la infiltración de corticoides. Dentro de la fisioterapia existen múltiples opciones y formas de tratamiento (láser, ultrasonidos, estiramientos, ejercicio terapéutico, masoterapia,...).

OBJETIVOS: Determinar medidas para comprobar que el ejercicio terapéutico es efectivo en la EL mejorando la fuerza, flexibilidad, funcionalidad y en la disminución de dolor a corto y largo plazo. Elaborar un protocolo de ejercicios para la EL.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se buscaron los artículos en diferentes bases de datos: Medline a través de PUBMED, PEDro, en la BVS (LILACS e IBECS), en EBSCO (CINAHL, Academic Search Complete y Sport Discuss), en Scielo, en Web of Science, y en las plataformas editoriales, Ovid y Science Direct.

RESULTADOS: El ejercicio terapéutico disminuye el dolor y mejora la fuerza y funcionalidad en la EL a corto y a largo plazo.

CONCLUSIÓN: El ejercicio terapéutico debe ser incluido junto a otras técnicas fisioterapéuticas en los programas de rehabilitación de la EL. El protocolo de ejercicios deberá acondicionarse en cuanto a repeticiones, peso y velocidad dependiendo del paciente y no realizarse en el primer estadio de la lesión, donde en primera instancia se aplicara hielo y reposo relativo.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO TERAPIA, TERAPIA FÍSICA, EPICONDILITIS, LATERAL.

PACIENTE ADULTO CON EPICONDILITIS O SÍNDROME DEL CODO DE TENISTA

LAIA EJARQUE PUERTO, MIRIAM QUIRANTES ESCABRÓS, DANIEL MARCO LAFUENTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 45 años, que siente dolor intenso en la parte externa del codo derecho desde hace tiempo. No recuerda haber sufrido ningún golpe. Presenta EVA 7/10, refiere picos de dolor punzante en esa zona del codo cuando intenta agarrar objetos y sobre todo al abrir botellas, a su vez nota que ha perdido fuerza. Profesión: camarero de bar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física inicial el paciente presenta mucho dolor a la palpación local del epicóndilo lateral del codo (EVA 8+/10), con inflamación evidente, sin deformidad articular. Dificultad para la presión palmar y extensión de muñeca contra resistencia, con hipertonía de la musculatura extensora de muñeca y mano. Fuerza de agarre disminuida de la extremidad derecha. No presenta AP destacables. Se realizan RX AP y laterales del codo y RMN.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome del codo del tenista o epicondilitis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica presentada por el paciente, confirma el diagnóstico final de “epicondilitis o síndrome del codo del tenista”. Tanto la RX como la RMN no revelaron hallazgos patológicos ni deformidad articular. Sin embargo, otros diagnósticos a tener en cuenta por sus síntomas y signos similares son: Síndrome del codo de golfista o epitrocleitis. Síndrome del Túnel Radial. Lesión osteocondral radiocapitelar. Plica posterolateral del codo.

PLAN DE CUIDADOS: En una primera fase de tratamiento se recomienda: Reposo, Frio local, AINEs, y ejercicios de estiramientos suaves. En una segunda fase de tratamiento se aplicará: Masoterapia, Electroterapia analgésica, Ejercicios de estiramiento y de fortalecimiento muscular y vendaje neuromuscular.

CONCLUSIONES: El síndrome del codo de tenista es más frecuente en personas comprendidas entre los 35 y 54 años de edad, que realizan movimientos repetidos de torsión de la muñeca. Y cuando sucede, es necesario un diagnóstico preciso junto con un tratamiento precoz, abordado por un fisioterapeuta.

PALABRAS CLAVE: CODO, EPICONDILITIS, FISIOTERAPIA, SÍNDROME DEL CODO DEL TENISTA.

FRACTURA POR ESTRÉS DEL SEGUNDO METATARSIANO EN CORREDOR

ROCÍO LÓPEZ JIMÉNEZ DE RUEDA, MANUEL SOTO RUIZ, SUSANA FERNÁNDEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 42 años de edad, corre cuatro días por semana. Sobrepeso de unos 8 kilos. Refiere que el dolor inició de forma progresiva en la zona de apoyo debajo de los metatarsianos, hasta que durante la carrera sintió un fuerte dolor por el que tuvo que parar de inmediato.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos historia clínica y procedemos a la exploración en la que se observa un claro apoyo cavo del pie, aunque no utiliza plantilla ni zapatillas específicas. Aporta radiografías e informe del radiólogo en el que indica fractura del segundo metatarsiano. Recomiendan férula de descarga e inmovilización 3 semanas hasta nueva revisión.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de estrés por fatiga, causada por la aplicación de una carga anómala sobre hueso sano. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso la fractura es por estrés, es decir, el resultado de lesiones repetidas centradas en un punto fijo del hueso, y no la consecuencia de un traumatismo agudo. Descartamos que la fractura de estrés sea por insuficiencia, ya que ésta se presenta en casos de debilidad ósea y suele presentarse en mujeres con más de 60 años.

PLAN DE CUIDADOS: Durante el periodo de inmovilización se aplica Magnetoterapia para acelerar la consolidación ósea. Iniciamos protocolo de fisioterapia con el objetivo de recuperar toda la movilidad y fuerza del miembro inferior. Recomendaciones sobre cambio de calzado, estudio de la pisada y pérdida de peso.

CONCLUSIONES: Cada vez más personas realizan deporte de forma casi diaria, en muchos casos sin recomendaciones de ningún profesional en cuanto a técnica o equipamiento. En el caso de nuestro paciente el sobrepeso y correr con zapatillas no adecuadas fueron factores condicionantes para que se produjera la fractura de estrés. Es fundamental activar un protocolo de fisioterapia para recuperar fuerza y movilidad y reinstaurar un apoyo correcto de la pisada, repartiendo de forma más homogénea el estrés mecánico de los tejidos.

PALABRAS CLAVE: SALUD, FRACTURA, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, CORREDOR.

READAPTACIÓN DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALIANO ANTERIOR TRAS ESGUINCE DE TOBILLO DE SEGUNDO GRADO EN UNA JUGADORA DE BALONCESTO

SONIA ALCAIDE BAENA, FRANCISCO CANO PÁRRAGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 28 años jugadora de baloncesto semiprofesional que presenta dolor e inestabilidad en el tobillo con una evolución de 2 meses que le limita la realización de la práctica deportiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la entrevista clínica se recoge que la paciente sufrió un esguince de tobillo de segundo grado hace dos meses, lo cual le provocó una gran inflamación, edema y hematoma en la región del maléolo peroneo. Actualmente, el dolor se concentra en el ligamento peroneo-astragalino anterior. Tras la exploración se observa que el rango de movilidad del tobillo es normal en cada uno de los movimientos comparado con el sano. Para valorar la propiocepción se ha utilizado el Star Excursion Balance Test (SEBT). La puntuación del miembro inferior lesionado fue un 30% inferior al sano. Además la paciente realizó el Lower limb functional index (LLFI) cuya puntuación fue de 5 puntos.

JUICIO CLÍNICO: El objetivo es la readaptación del ligamento y la mejora de la sintomatología para que la paciente pueda realizar la práctica deportiva con normalidad. Para ello se ha diseñado un programa de propiocepción y fuerza para el miembro inferior lesionado. Este se realizará 3 sesiones por la semana durante 3 semanas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ecografía: Distensión del ligamento peroneo-astragalino anterior.

CONCLUSIONES: Tras haber realizado las 3 semanas de readaptación la puntuación obtenida en el miembro inferior lesionado en el SEBT ha sido solo un 10% menor que en el sano. Además, el resultado dado por la paciente en el LLFI fue de 0 puntos. Tras el programa de readaptación la paciente ha conseguido volver con normalidad a su vida deportiva.

PALABRAS CLAVE: SALUD, FISIOTERAPIA, READAPTACIÓN, EJERCICIO TERAPÉUTICO, PROPIOCEPCIÓN.

READAPTACIÓN DE UN PACIENTE CON INESTABILIDAD ANTERIOR DE HOMBRO MEDIANTE EJERCICIO TERAPÉUTICO

FRANCISCO CANO PÁRRAGA, SONIA ALCAIDE BAENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 42 años con inestabilidad anterior del hombro tras haber sufrido una luxación. El paciente presenta incapacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y deportiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la entrevista clínica se recoge que el paciente sufrió una luxación anterior del hombro tras una caída sobre el hombro tres meses atrás y desde entonces no puede realizar las AVD ni deportiva, puesto que es transportista y practicaba tenis. Se le realizan los siguientes test: test de recolocación, test de rockwood y test de aprensión los cuales son positivo para el hombro derecho. Además, el paciente presenta una gran inestabilidad lo cual produce limitación de la movilidad del hombro derecho, principalmente en la abducción y rotación externa.

JUICIO CLÍNICO: Desplazamiento posterior de la cabeza humeral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Desplazamiento posterior de la cabeza humeral.

CONCLUSIONES: El objetivo es aumentar el rango de movilidad del hombro derecho y recuperación de su funcionalidad. Para ello se propone un programa de ejercicio terapéutico donde se combinan ejercicios isométricos, como por ejemplo plancha en prono y plancha lateral, con ejercicios concéntricos para el fortalecimiento de la musculatura estabilizadora del hombro, y ejercicios propioceptivos. El programa se realizará con una frecuencia de 3 sesiones durante 6 semanas. Tras haber realizado las 6 semanas del programa, el paciente muestra una mayor estabilidad en el hombro, además no presenta limitación de la movilidad. Se le vuelven a repetir las pruebas comentadas anteriormente para la inestabilidad de hombro y todas son negativas. El paciente ha vuelto a realizar las actividades de la vida diaria con normalidad pero no la deportiva por lo que se recomienda que continúe con el programa.

PALABRAS CLAVE: SALUD, FISIOTERAPIA, EJERCICIO TERAPÉUTICO, HOMBRO, INESTABILIDAD.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO

SILVIA JIMENEZ HOCES, CRISTINA CAÑO PÉREZ, JUANA ROMERA MORCILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años acude a consulta por dolor agudo en el hombro derecho, que le impide realizar ciertos movimientos y coger pesos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la anamnesis refiere que realiza crossfit practicándolo entre tres y cuatro veces a la semana desde hace dos años aproximadamente. En la exploración presenta dolor a la palpación del tendón del supraespinoso, en puntos gatillo de la zona y al pedir contracción contra resistencia de la musculatura abductora. La movilidad del hombro está alterada en Rotación externa e interna de hombro. Test de Jobe, test de Hawkins y test de impingement positivos.

JUICIO CLÍNICO: Tendinitis del Supraespinoso. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración física, se puede asegurar que presenta Tendinitis del Supraespinoso y no de otro músculo del manguito rotador.

CONCLUSIONES: El tratamiento fisioterápico que recibió fue Iontoforesis: con ácido acético al 2% en la zona insercional y una intensidad máxima de 0,2 mA/cm². Terapia combinada: Ultrasonido (tipo pulsátil de 48 Hz, relación 1:5, con cabezal de 3MHz y 0,5cm² de ERA) y Corriente Interferencial (de 4000 Hz de frecuencias portadora y 100 Hz de AMF, técnica bipolar con un electrodo de 10x5 cm a nivel del vientre muscular); además lo completamos con aplicación de Láser: de IR con una frecuencia de 500 Hz y una densidad de energía de 3- 6 J /cm². Aconsejamos reposo de actividad deportiva durante al menos 2-3 semanas y enseñamos ejercicios de estiramiento para que los realizara en casa con bandas elásticas y ejercicios pendulares. Así el paciente mejora su sintomatología

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, SUPRAESPINOSO, REHABILITACIÓN, TENDINITIS.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR

SILVIA JIMENEZ HOCES, JUANA ROMERA MORCILLO, CRISTINA CAÑO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 16 años acude a consulta por dolor agudo en la planta del pie, que le impide andar con normalidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la anamnesis refiere que es jugador amateur de pádel, practicándolo entre tres y cuatro veces a la semana desde hace cinco años aproximadamente. En la exploración presenta dolor en la base del pie cerca del talón. Refiere dolor al dar los primeros pasos al levantarse de la cama por la mañana o después de un tiempo de reposo pero que cede al caminar un poco. Refiere además dolor después de realizar ejercicio pero no durante.

JUICIO CLÍNICO: Fascitis plantar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración física, se puede asegurar que presenta fascitis plantar y no por tanto espolones calcáneos, bursitis calcánea o atrapamiento del nervio abductor del quinto dedo.

CONCLUSIONES: El tratamiento fisioterápico que recibió fue con ultrasonido(3MHz, 1,5 W / cm², la frecuencia de 100 Hz, ciclo de trabajo del 20%, durante 5 minutos) ; Iontoforesis (dosis total de 40 mA / min); Masaje de la musculatura plantar ;Estiramientos mantenidos durante 60 segundos de la fascia plantar. Además aconsejamos acudir a un podólogo para revisión de la pisada, reposo de actividad deportiva durante al menos 2-3 semanas. Así el paciente mejora su sintomatología.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, FASCITIS, PIE.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON EPICONDILITIS

SILVIA JIMENEZ HOCES, JUANA ROMERA MORCILLO, CRISTINA CAÑO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 25 años acude a consulta por dolor agudo en la parte externa del codo derecho, que se irradia hacia el antebrazo y dorso de la mano al realizar alguna acción con un objeto pesado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la anamnesis refiere que es jugador amateur de padel, practicándolo entre tres y cuatro veces a la semana desde hace diez años aproximadamente. En la exploración presenta dolor a la palpación del epicóndilo, en puntos gatillo de la zona y al pedir contracción contra resistencia de la musculatura extensora de la muñeca. La movilidad del codo y muñeca no está alterada. Prueba de la silla positiva.

JUICIO CLÍNICO: Epicondilitis o codo del tenista. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración física, se puede asegurar que presenta epicondilitis por Síndrome de Dolor Miofascial (PGM) de la musculatura epicondílea y no por tanto tendinopatía, neuropatía del radial o síndrome de la Arcada de Fröhse.

CONCLUSIONES: El tratamiento fisioterápico que recibió fue ultrasonido pulsátil en dosis de hasta 1.5-2.0 W/cm² durante 5-10 minutos, TENS convencional con 80 Hz, 150 μ s y la intensidad la subimos hasta que tuviera sensación de hormigueo. Masaje de la musculatura flexora y extensora de la muñeca. Punción seca de los PGM de Cubital posterior, 1° y 2° radial, Supinador largo y Extensor común de los dedos. Estiramientos mantenidos durante 60 segundos y contracciones isométricas y excéntricas de esta musculatura del antebrazo. Además aconsejamos reposo de actividad deportiva durante al menos 2-3 semanas y enseñamos ejercicios de fortalecimiento y estiramiento para que los realizara en casa con bandas elásticas y ejercicios funcionales referentes al padel. Así el paciente mejora su sintomatología.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, EPICONDINITIS, TENDINITIS.

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN UNA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y CISTOCELE GRADO 1

SILVIA JIMENEZ HOCES, CRISTINA CAÑO PÉREZ, JUANA ROMERA MORCILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 38 años acude a consulta por escapes de orina al estornudar u otro esfuerzo y sensación de pesadez en la vagina tras el último parto.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la anamnesis refiere que en su último parto hace 2 años sufrió un desgarro en la zona derecha de la musculatura del periné, pero no sabe cuántos puntos tuvieron que aplicarle. En la exploración presenta dolor a la palpación de la musculatura perineal, más aguda en la zona de la episiotomía que se encuentra con adherencias. Además de ligero descenso de la vejiga al pedir una tos fuerte.

JUICIO CLÍNICO: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y Cistocele grado 1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración física, se puede asegurar que presenta Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, cicatriz adherida de la episiotomía y Cistocele grado 1.

CONCLUSIONES: El tratamiento fisioterápico que recibió fue masaje de relajación del diafragma y puntos gatillo de la zona abdominal. Electroterapia con sonda perisize para fibras lentas con los siguientes parámetros, 5-10Hz, 250-350 μ s, trabajo 23seg y reposo 4seg, con sensación de la paciente como estímulo sensitivo. Para fibras rápidas, trabajaremos electroterapia con 60 Hz, 250 μ s con 1min trabajo de trabajo y 1min de descanso y la intensidad de unos 20mA. Trabajaremos con biofeedback para enseñar contracción voluntaria y entrenar la misma, junto con Hiporpresivos. Además aconsejamos buena higiene postural en las actividades de la vida diaria que enseñamos en consulta a la hora de ir al baño y hacer esfuerzos, Hiporpresivos y trabajo en casa con el método 5P. Así el paciente mejora su sintomatología.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, UROGINECOLOGÍA, INCONTINENCIA.

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

ANTONIO JESÚS GÓMEZ CASAS, ANA MARÍA CANO SÁNCHEZ, NOELIA MARIA REINA PULIDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 45 años que refiere dolor en la ATM izquierda tanto al abrir la boca como al masticar. Nota que no puede abrir la boca demasiado y refiere haber empeorado desde hace 6 meses (coincide con situación de estrés por problemas personales). Nota toda la mandíbula muy tensa. Usa férula de descarga.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Palpación de la zona, tanto articulación como musculatura periférica. Medición del rango de movimiento de apertura, desviación izquierda y derecha, diducción y protusión.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome miofascial de ATM asociado a estrés. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la palpación se nota sobrecarga en musculatura de la ATM, sobre todo maseteros. Las medidas del ROM están por debajo de la normalidad, sobre todo la apertura que no llega a 35 mm. Tomamos en cuenta el proceso de estrés por el que pasa.

CONCLUSIONES: El tratamiento consiste en relajar la musculatura temporomandibular tanto izquierda (que produce patología) como derecha para evitar compensaciones. Para ello utilizaremos técnicas de masoterapia, estiramiento y miofascial. Se puede usar punción seca. Además haremos movilizaciones de la articulación de la ATM como empujes posteroanteriores y deslizamientos laterales que son los que más analgesia producen. Recomendamos ejercicios domiciliarios de apertura y control motor de la musculatura y técnicas de relajación o ayuda profesional para mejorar el estrés. Tras un mes de tratamiento el paciente refiere disminución del dolor. Al medir el rango de movimiento notamos mejoría, sobre todo en la apertura que era la más limitada, llegando a valores dentro de la normalidad (45 mm).

PALABRAS CLAVE: ATM, MANDIBULA, ESTRES, SALUD.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN EL HOMBRE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANDREA GONZALEZ BALLESTEROS, ISABEL MARIA GOMEZ VALERO, GUADALUPE MOLINA TORRES

INTRODUCCIÓN: La disfunción eréctil en hombres se define como la incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección suficiente para la realización satisfactoria de la relación sexual, la duración del problema tiene que ser como mínimo tres meses. Puede producir un deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen, además de afectar a las relaciones de pareja.

OBJETIVOS: Analizar los estudios realizados sobre el tratamiento desde la fisioterapia de la disfunción eréctil en hombres.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la disfunción eréctil en hombres y su tratamiento fisioterápico. Se consultaron diferentes bases de datos (WOS, Pubmed, y PEDro). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2008-2018. Se utilizaron descriptores (“erectile dysfunction”, “physical therapy”). Los criterios de inclusión establecidos fueron: 1) Ensayos clínicos que analicen los distintos tratamientos de fisioterapia en la disfunción eréctil en el hombre; 2) con acceso al texto completo y 3) escritos en inglés o español. De las 67 publicaciones seleccionadas tras aplicar los criterios de inclusión, fueron seleccionadas 8.

RESULTADOS: Los resultados muestran que los tratamientos de elección conservadores con enfoque fisioterápico en la disfunción eréctil son programas de ejercicio terapéutico y terapia con ondas de choque.

CONCLUSIÓN: Sería conveniente desarrollar nuevos estudios y distintos tratamientos conservadores que permitan la evolución en los protocolos fisioterápicos de la disfunción eréctil en los hombres.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, DISFUNCIÓN ERÉCTIL, ONDAS DE CHOQUE, EJERCICIO TERAPÉUTICO.

UN META-ANÁLISIS SOBRE SI LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR TRAS UN ICTUS MEJORA LA CAPACIDAD MOTORA FUNCIONAL FRENTE A TRATAMIENTO PLACEBO

LAURA BADENES-RIBERA, TRINIDAD SENTANDREU-MAÑÓ, JOSE MANUEL TOMAS MIGUEL

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular puede provocar un deterioro significativo de la función motora de la extremidad superior que puede afectar el rendimiento de las actividades de la vida diaria. Entre las terapias de rehabilitación se encuentra la Estimulación Eléctrica Neuromuscular (EENM). Sin embargo, existe una falta de claridad sobre la efectividad de esta técnica sobre la recuperación de la extremidad superior tras un ictus.

OBJETIVOS: Determinar la evidencia disponible en los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) sobre la efectividad de la EENM de superficie con umbral excitomotor aplicada a nivel distal del miembro superior en la capacidad motora funcional frente al no tratamiento (tratamiento placebo) en pacientes que han sufrido un ictus.

METODOLOGÍA: Se realizó un meta-análisis (asumiendo un modelo de efectos aleatorios) para estimar la efectividad media de la EENM distal frente al tratamiento placebo sobre la función motora en sujetos tras ictus. Mediante la búsqueda de la literatura identificamos 394 estudios. La aplicación de los criterios de inclusión permitió seleccionar 7 ECAs, 3 de los cuales fueron excluidos por no proporcionar los datos necesarios para estimar el tamaño del efecto medio. Por lo tanto, 4 estudios fueron incluidos en el meta-análisis.

RESULTADOS: Los resultados mostraron que no hay diferencias entre el grupo experimental (EENM distal) y el grupo control (tratamiento placebo) en la capacidad motora funcional. En concreto el tamaño del efecto medio fue de $d+ = -0.13$, IC 95% [-1.41, 1.6].

CONCLUSIÓN: Los sujetos que recibieron la ENM distal no mostraron mejoras en la función motora del miembro superior parético.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA, MIEMBRO SUPERIOR, CAPACIDAD MOTORA FUNCIONAL, META-ANÁLISIS.

RESULTADO DE MANIPULACIÓN CON THRUST EN COLUMNA DORSAL

PEDRO BERMUDO ALBALAT, MARIA ROSA GARCIA LEÓN, ELISABET FUENTES SANCHEZ, ESTEFANIA GOMEZ MARTINEZ, JUAN RANGEL ESCRIBANO, JUAN LUIS PAVON ALBALAT

INTRODUCCIÓN: Podemos definir THRUST como una técnica de manipulación articular que, respetando los límites fisiológicos articulares, tendrá una alta velocidad y un corto recorrido en cuanto al rango de movimiento de la articulación (Hight Velocity Thrust, HVT) de manera que sorprenderá al sistema capsulo-ligamentoso dando lugar a un estiramiento de la capsula articular (copúsculos de Ruffini) y de los músculos monoarticulares (órgano neurotendinoso de Golgi), generando un reflejo aferente hacia la médula espinal que, como respuesta, inhibe las motoneuronas alfa y ganma, rompiéndose el círculo vicioso irritativo que mantiene el espasmo de los pequeños músculos monoarticulares (transversos espinosos).

OBJETIVOS: Demostrar, basándose en estudios realizados, los efectos que tienen las manipulaciones con thrust sobre raquis cervical y MMSS.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes científicas.

RESULTADOS: Estudios de diferentes autores como son Schiller, Bautista-Aguirre, Masaracchio, Dunning, Puentedura, Cross, Martínez-Segura, Pires, Riley, Rogers, Casanova-Méndez, Boyles o González-Iglesias ponen de manifiesto en pacientes con cervicalgias mejoría frente a placebos, disminución del dolor, mejora de la incapacidad cervical, amplitud articular cervical, propiocepción cervical y función muscular.

CONCLUSIÓN: Las manipulaciones torácicas superiores producen cambios inmediatos en la mecanosensibilidad de los troncos nerviosos de extremidades superiores y de la fuerza de agarre en pacientes con cervicalgia. La manipulación torácica superior es más eficaz a corto plazo que la movilización sin thrust en pacientes con cervicalgia mecánica. Las manipulaciones cervicales y torácicas con thrust inducen cambios similares del umbral del dolor a la presión de la intensidad del dolor cervical y de la amplitud de los movimientos cervicales en pacientes con cervicalgia. Las manipulaciones torácicas con thrust producen una disminución del dolor en caso de impingement de hombro. En caso de síndrome de la 2ª y 3ª costilla las manipulaciones torácicas superiores con thrust reducen significativamente el dolor y la incapacidad. Las manipulaciones torácicas son eficaces en caso de cervicalgia.

PALABRAS CLAVE: THRUST, DORSAL, HIGHT VELOCITY TRUST, AMPLITUD ARTICULAR, INCAPACIDAD CERVICAL, CERVICALGIA.

TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CEFALEAS CERVICOGÉNICAS

AGUSTÍN LEÓN HERNÁNDEZ, CARMEN GONZALEZ GARCIA, MANUEL GARCÍA SÁNCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años, trabaja de administrativo. Desde hace 4 años no practica ningún deporte, antiguamente balonmano y running. Clínica: presenta un cuadro de parestesia en los dedos de primer, segundo y tercer dedo de la mano derecha, dolor cervical y aparecen ciertos cuadros de cefaleas principalmente en zona occipital, desde hace 5 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó el tratamiento durante 4 semanas con una frecuencia de 1 sesión por semana. Se realizó una valoración pre y post tratamiento coincidiendo con el inicio y final del tratamiento, se utilizaron los test de Spurling, escalenos, Klein, Jackson, Adson, Allen, Wright. Los pretests positivos fueron los de Spurling, escalenos, Jackson, Adson, Allen, Wright. Como pruebas complementarias se realizó una resonancia magnética: márgenes óseos normales; protusión anterior a nivel de C4-C5; protusión lateral C5-C6, C6-C7.

JUICIO CLÍNICO: Radiculopatía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas complementarias y los tests realizados, se puede deducir que la clínica o sintomatología de la paciente se asocia a la lesión cervical presente y su tensión muscular y fascial del llamado desfiladero torácico.

PLAN DE CUIDADOS: Se realizaron las técnicas de manipulación torácica C1, C2, T1, T2, se notó mejoría en las 2 primeras sesiones, que se intentó combinar con técnicas de estiramiento torácico y músculo-energía y se empezó a ver mejora total de la paciente. Tan solo los tests post tratamiento Spurling y Jackson continuaron siendo positivos.

CONCLUSIONES: Por lo que podemos deducir que el tratamiento es eficaz para el paciente diagnosticado de cefaleas cervicogénicas y tensión del desfiladero torácico.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, DOLOR DE CUELLO, MANIPULACIÓN TORÁCICA, CEFALEAS.

EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN EL VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO

LUCIA POYATO SABARIEGO, ROSA MARIA ORTIZ LUQUE, ANTONIA MARIA FERNÁNDEZ
VARO, MANUEL FLORES LARA

INTRODUCCIÓN: El vértigo posicional paroxístico benigno es el tipo más frecuente de desorden vestibular dentro de la patología vertiginosa y el más común dentro de los vértigos de origen periférico. Se caracteriza por una sensación anormal del movimiento asociado con los cambios de posición que el paciente describe como que todo gira a su alrededor y se encuentra muy inestable.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la fisioterapia y terapia manual en el tratamiento del VPPB.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión sistemática de la bibliografía científica en las bases de datos Medline, Pudmed, Dialnet, Science Direct. Se aplicó filtro temporal seleccionando trabajos publicados entre 2010 y 2018. Los descriptores empleados fueron: “Vértigo Posicional Paroxístico Benigno”, “Fisioterapia”, “Tratamiento”, “Efectividad”.

RESULTADOS: La mayoría de los estudios evidencian que la fisioterapia y la terapia manual mejoran los síntomas y la sensación de vértigo e inestabilidad, mejorando el equilibrio, y siendo efectivas entre un 75% y un 80% según los artículos. Existen varias técnicas de reposicionamiento empleadas y efectivas, pero la más usada es la Maniobra de Epley seguida de la Maniobra de Sendmon. Los ejercicios de control motor y optocinéticos, junto con el masaje y el estiramiento de la musculatura cervical juegan un papel importante dentro del tratamiento.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión podemos decir que la fisioterapia y terapia manual es útil en el tratamiento de pacientes con VPPB, siendo muy pocos los que no mejoran con el mismo. Hay evidencia científica de que con el tratamiento manual y las maniobras de reposicionamiento se mejora la intensidad y frecuencia de los vértigos, la incapacidad causada por ellos, el dolor cervical y el equilibrio.

PALABRAS CLAVE: VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTO, EFECTIVIDAD.

HIPERCIFOSIS DORSAL: ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS

ISABEL MARIA GONZALEZ CAPARROS, ANA CELI ORTEGA PARRA, MARIANO PARRA CARRILLO

INTRODUCCIÓN: La hipercifosis consiste en un aumento de la concavidad anterior de la columna dorsal. En la mayoría de los casos es provocado por las posiciones incorrectas mantenidas. Podemos diferenciar cuatro cuadros clínicos que pueden dar lugar a hipercifosis: 1) Cifosis infantil: aparecen en la infancia por actitudes defectuosas congénitas del raquis dorsal. 2) Enfermedad de Scheuermann: se da en adolescentes por anomalías en el proceso de osificación de las vertebrales dorsales. 3) Enfermedad degenerativa: en adultos. 4) Espondilitis anquilopoyética. La hipercifosis provoca: elongación ligamentos posteriores, músculos erectores raquídeos elongados e inhibidos, costillas y tórax aplanados por lo que encontramos dificultad al respirar, proyección de cabeza hacia delante, prominencia de escapulas hacia atrás, hombros con antepulsión, retracción de pectorales, anteversión pélvica.

OBJETIVOS: Conocer los posibles tratamientos para abordar esta patología.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, se consultaron las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Dialnet y Pedro, además de la experiencia acumulada desde la fisioterapia y de terapia ocupacional en nuestra institución. Se escogieron los artículos de los últimos 10 años.

RESULTADOS: El tratamiento de la hipercifosis debe ayudar a minimizar y disminuir cada una de las consecuencias negativas que esta alteración tiene sobre el organismo. Principales métodos de tratamiento utilizados: 1) medicamentos: en caso de hipercifosis por osteoporosis 2) Cirugía: en caso de dolor extremo y compromiso neurológico severo. 3) Ortesis y vendajes funcionales: se utiliza para tratar de reducir la curva. 4) Ejercicio: muchas de las alteraciones provocadas por la hipercifosis pueden ser modificadas con ejercicio, un programa adaptado y dirigido puede mejorar los desequilibrios musculares, la fuerza de la musculatura de la columna, su alineación, función respiratoria, movilidad del raquis...

CONCLUSIÓN: Existen diferentes tratamientos para la hipercifosis. Dependiendo de las características y circunstancias de cada persona escogeremos un tratamiento adecuado que ayude a normalizar la curva y sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE: HIPERCIFOSIS, RP.G., CIFOSIS, TRATAMIENTOS.

TENDINITIS DE LA FASCIA LATA EN DEPORTISTAS

IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: La inflamación de la Fascia Lata constituye una de las lesiones más típica de deportistas sobre todo en las disciplinas de atletismo, ciclismo y triatlón, debido al movimiento constante de extensión y flexión.

OBJETIVOS: Analizar las posibilidades de prevención y tratamiento de la inflamación de la Fascia lata.

METODOLOGÍA: Estudio de los resultados obtenidos a través de los diferentes tratamientos descritos en un número determinado de individuos, tanto hombres como mujeres, corredores y ciclistas.

RESULTADOS: Sólo un 10% de los casos mostraron recidiva después del tratamiento con fisioterapia.

CONCLUSIÓN: La fisioterapia se presenta como la mejor opción de tratamiento para el síndrome iliotibial.

PALABRAS CLAVE: TENDINITIS, FASCIA LATA, DEPORTISTAS, FISIOTERAPIA.

PACIENTE JOVEN CON ESGUINCE DE TOBILLO

MÓNICA LÓPEZ LOZANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente, mujer de 21 años, que acude a Centro Hospitalario por dolor e impotencia funcional en tobillo derecho tras una torsión del pie. Refiere dolor en parte externa del tobillo. Se realiza Rx de tobillo y se descartan fracturas, diagnosticando tras la exploración un esguince de tobillo grado III. Se realiza vendaje para inmovilización y se manda a casa con indicación de reposo, hielo y antiinflamatorios durante 3 semanas. Se aconseja acudir a fisioterapeuta para la recuperación. Tras acudir a fisioterapeuta, se comienza tratamiento para favorecer la reabsorción del edema, movilizar tejidos no dañados, favorecer una buena cicatrización y readaptar la deambulación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sospecha de un posible esguince de los ligamentos peroneo-astragalinos. Se realiza Rx para descartar fractura, la cual resulta negativa. La palpación de la zona es dolorosa y la exploración de bostezos articulares también, pero no son positivos, por lo que los ligamentos no estarán rotos.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con esguince de tobillo grado III, derivado al alta con inmovilización, hielo y antiinflamatorios, con recomendación de acudir a fisioterapeuta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se sospecha de esguince de tobillo grado II o grado III, pero antes de realizar exploración de bostezos articulares se realiza Rx de tobillo para descartar posibles fracturas, lo cual resulta negativo, confirmando las sospechas de esguince.

CONCLUSIONES: Paciente con esguince de tobillo, derivado a fisioterapeuta para continuar recuperación. Se establece un tratamiento en los primeros días orientado a disminuir el edema además de aliviar dolor, manteniendo inmovilización relativa y deambulación con bastones. Progresivamente se trabajará la movilidad de los tejidos no afectados y la correcta cicatrización de los afectos. Se sustituye el vendaje de inmovilización por un vendaje funcional y se comienza la deambulación progresiva con carga en ambos miembros, procediendo a retirar bastones. Se finaliza el tratamiento, tras cicatrización de los tejidos, con fortalecimiento, estabilidad y propiocepción de la articulación.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, TORSIÓN, FISIOTERAPIA, PROPIOCEPCIÓN.

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

CRISTINA VARO CADENAS, ARTURO GUERRERO CIDRES, ANGELA FERNANDEZ SANCHEZ DE LEON

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de la ventilación no invasiva (VNI) ha aumentado la complejidad de los pacientes ingresados en los servicios de neumología. Así como, la sobreutilización de los recursos disponibles en UCI para tratar pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada. Por ello, en España y Europa se están incorporando unidades especiales para este tipo de pacientes: las unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI). Con ella, nace la necesidad de reforzar la formación de enfermería con el fin de mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Conocer dónde nace la necesidad de un nuevo servicio especializado (UCRI), determinar las funciones de enfermería, y conocer los objetivos y técnicas de la fisioterapia respiratoria.

METODOLOGÍA: Se realizó una exploración retrospectiva en diferentes bases de datos electrónicas (Cuiden, PudMED y Cochrane) de artículos publicados entre 2005-2017. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados sobre el tema a tratar y en español o inglés. Fueron excluidos los escritos en otros idiomas y aquellos cuya información fuera de escaso rigor científico. De un total de 56 artículos, se seleccionaron 32.

RESULTADOS: Los objetivos básicos de la fisioterapia respiratoria son: Facilitar la expectoración; mejorar la ventilación; aumentar la efectividad de músculos de la respiración. Las técnicas para lograr dichos objetivos son: Drenaje postural, percusión y vibraciones, ejercicios de respiración y espirometría por incentivo.

CONCLUSIÓN: Los datos obtenidos en esta revisión bibliográfica dejan patente la necesidad de una optimización de los recursos, dotando al servicio (UCRI) de mayor número de camas, horas de enfermería y fisioterapia. Debido a que esta unidad surge por requerimiento de profesionales, usuarios y hospitales, la enfermería debe estar preparada y formada para saber afrontar los cambios.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, FISIOTERAPIA, DRENAJE POSTURAL, ESPIROMETRÍA POR INCENTIVO, UCRI.

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN LA FASCITIS PLANTAR

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON

INTRODUCCIÓN: La fascitis plantar es la inflamación de la fascia plantar, que es un tejido grueso, que sirve de envoltura a la planta del pie. Es responsable de amortiguar el pie cuando caminamos y sostener la curvatura plantar. Es frecuente en las mujeres y en deportistas. Las causas más frecuentes son, incorrecta sujeción de los zapatos, un pie cavo, un pie plano, y sobrepeso. El dolor es en el talón, y se suele dar cuando se empieza a caminar por la mañana, y después de estar un periodo de descanso. El diagnóstico suele ser, mediante exploraciones físicas, estudio de la marcha, radiografías y ecografías.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de los tratamientos físicos utilizados en la fascitis plantar.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática en las bases de datos The Cochrane Library Plus, Medline, IBECs, Scielo. DECS: Fascitis plantar, fasciitis plantar.

RESULTADOS: Se revisó un total de 16 artículos a texto completo. Las principales terapias físicas utilizadas para el tratamiento conservador de la fascitis plantar fueron, los ultrasonidos, electroterapia, vendajes, estiramientos, ondas de choque, láser, magnetoterapia, acupuntura, masoterapia y cinesiterapia. Se obtuvieron los mejores resultados cuando se utilizan varias técnicas.

CONCLUSIÓN: La utilización de diversas técnicas es mucho más efectivo, que la utilización de una sola técnica.

PALABRAS CLAVE: FASCITIS PLANTAR, TRATAMIENTO FASCITIS, DOLOR PIE, FISIOTERAPIA.

EL BAILE COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON

INTRODUCCIÓN: La OMS nos facilita en su web nos dice que la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculo-esqueléticos. Ello incluye los deportes, el ejercicio y otras actividades, tales como el juego, el caminar, el baile. Por otro lado, un objetivo de tratamiento común que los fisioterapeutas solemos marcarnos en las personas mayores es prevenir las caídas en este colectivo.

OBJETIVOS: Establecer si el baile puede ser una estrategia en los mayores de 65 años para prevenir o disminuir el riesgo de caídas.

METODOLOGÍA: Revisión en la base de datos PubMed con las palabras claves “envejecimiento” “baile” “caída” “persona mayor” con los operadores booleanos AND. De los 25 artículos encontrados, 15 artículos fueron incluidos por incluir a mayores de 65 años y haber estudiado el baile y el riesgo de caídas. De los 15 artículos, 13 artículos son estudios, uno es una Revisión sistemática y otro es a propósito de un caso.

RESULTADOS: 9 Artículos encuentran que el baile influye de manera positiva en la prevención de caídas, si bien, casi todos ellos reflejan la necesidad de más estudios. 2 Artículos concluyen que el baile puede disminuir el riesgo de caídas porque mejora componentes como el balance articular, control motor. La Revisión sistemática no encuentra suficiente evidencia para poder establecer que el baile ayude a la prevención y/o disminución del riesgo de caídas. El caso clínico reporta una lesión grave a consecuencia de una caída mientras bailaba.

CONCLUSIÓN: Si bien es cierto la variabilidad de los bailes estudiados (baile social, folclórico, coreano, vídeo dancing, etc.) Y heterogeneidad de las muestras la gran mayoría coinciden que el baile tiene repercusión positiva en las personas mayores de 65 años. Quizás, el hecho de bailar ya sea por sí mismo, sea una buena estrategia para conseguir el objetivo de disminuir el riesgo de caídas.

PALABRAS CLAVE: BAILE, PERSONAS MAYORES, ENVEJECIMIENTO, CAÍDAS.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA EL NEUROMA DE MORTON

ESTHER LLORENS OLMOS, MARIA ESTER QUESADA FUENTES, MONICA JARABA ARMAS,
AITOR GALLASTEGUI GÉREZ

INTRODUCCIÓN: El Neuroma de Morton es una neuropatía degenerativo por atrapamiento de los nervios interdigitales entre las cabezas metatarsales, con más frecuencia en el 3r y 2o espacio.. Es una de las causas de la metatarsalgia. El dolor, las parestesias y el entumecimiento, son algunos de los síntomas que causa esta patología.

OBJETIVOS: Determinar los planes de tratamiento de fisioterapia eficaces para el Neuroma de Morton basados en evidencia científica.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliografía en las bases de datos Pubmed utilizando los siguientes términos: Morton's neuroma, treatment y physiotherapy Se ha utilizado como criterio de inclusión que el artículo estuviera basado en el tratamiento de fisioterapia para el Neuroma de Morton y publicado en los últimos 10 años.

RESULTADOS: Hay evidencias científicas sobre la eficacia de distintas técnicas de fisioterapia para los pacientes que padecen un Neuroma de Morton. Las técnicas de fisioterapia más utilizadas son movilizaciones articulares, estiramientos y manipulaciones.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de fisioterapia es el tratamiento de conservador eficaz para este tipo de patología, ya que hay mejores resultados que una intervención quirúrgica. Los resultados de esta revisión sugieren la necesidad de futuros estudios científicos relacionados con este tema.

PALABRAS CLAVE: NEUROMA DE MORTON, TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN.

PUNCIÓN SECA FRENTE A FISIOTERAPIA CONSERVADORA EN TRATAMIENTO DE CERVICALGIA

SERGIO AGUIRRE FELICES, ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON

INTRODUCCIÓN: El PG1 del trapecio superior refiere en su patrón de dolor referido característico un dolor unilateral en cara posterolateral del cuello hasta la apófisis mastoides. La activación de este punto gatillo esta presente en los cuadros de cervicalgia crónica. El tratamiento de éste PG1 del trapecio puede ser con tratamiento conservador o invasivo.

OBJETIVOS: Comparar la eficacia del tratamiento del PG1 del trapecio superior tanto de manera conservadora como invasiva con punción seca.

METODOLOGÍA: Se realizó estudio analítico prospectivo entre los días 01/09/15 y 29/02/15 a 30 pacientes. El grupo A de 15 pacientes recibió tratamiento conservador, utilizando spray frío más estiramiento y el grupo B de 15 pacientes recibió tratamiento invasivo, utilizándose aguja de punción seca de 0,40x0,25mm. Y técnica de entrada y salida rápida de Hong. El estudio se realiza en un centro de fisioterapia en Murcia.

RESULTADOS: Tras la aplicación del tratamiento: el 70% de los pacientes del grupo A refieren una mejoría muy importante de su sintomatología. El 30% restante refiere poca mejoría de sus síntomas. Así mismo del grupo B, el 40% refiere mejoría muy importante. El 60% restante refiere poca mejoría. Por otro lado se valora que: El grupo A refiere como media un 2 (en una escala de dolor donde 10 representa máximo dolor y 0 ausencia de dolor). El grupo B refiere como media un 6 (en una escala de dolor donde 10 representa máximo dolor y 0 ausencia de dolor).

CONCLUSIÓN: Se obtiene una mayor eficacia y resultados con el tratamiento invasivo del PG1 del músculo trapecio superior que con el tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE: PUNCIÓN SECA, TRAPECIO, PUNTO GATILLO, CERVICALGIA, INVASIVO, CONSERVADOR.

LA EFICACIA DEL BIOFEEDBACK JUNTO LA ESTIMULACIÓN DEL NERVIOTIBIAL POSTERIOR EN NIÑOS DE ENTRE 8 Y 12 AÑOS CON ENURESIS NOCTURNA MONOSIMPTOMÁTICA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

AITOR GALLASTEGUI GÉREZ, ESTHER LLORENS OLMOS, MONICA JARABA ARMAS, MARIA ESTER QUESADA FUENTES

INTRODUCCIÓN: La enuresis es el proceso que describe el síntoma de incontinencia durante la noche. Todo episodio en el que el niño/a, por encima de los 5 años, moje la cama durante el sueño, es enuresis. En Europa la prevalencia está en un 10% entre los 5 y 16 años. En España se ha encontrado un 11,7% en niños de 5 años, un 7,4% en niño/as entre 8-9 años y un 4,8% mayores de 10 años. Pese a los estudios, tratamientos y remedios, no han llegado a una solución definitiva.

OBJETIVOS: Analizar qué tratamiento es el más eficiente para la enuresis nocturna en niños de entre 8 a 12 años si: el tratamiento convencional o el tratamiento con biofeedback junto con el PTNS.

METODOLOGÍA: Ensayo clínico aleatorizado. Los pacientes seleccionados se dividirán en dos grupos aleatoriamente. El grupo experimental recibirá el tratamiento de biofeedback junto con el tratamiento PTNS y el grupo control recibirá la terapia convencional. Basado en el tratamiento de alarma con la administración de desmopresina y la técnica PTNS con placebo durante un período de 12 semanas. Tanto el grupo experimental como el grupo control deberán asistir dos sesiones por semana para la aplicación de las terapias.

RESULTADOS: Hay evidencias sobre la eficacia del biofeedback junto con el tratamiento PTNS.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que este tipo de tratamiento es eficaz, favorece la reducción de la ingesta de los medicamentos y aporta beneficios más allá de la sintomatología, como la mejora de la calidad de vida en los niños.

PALABRAS CLAVE: ENURESIS NOCTURNA, BIOFEEDBACK, ESTIMULACIÓN NERVIOTIBIAL POSTERIOR, NIÑOS.

TERMOTERAPIA: EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA TEMPERATURA

BLASI ROJAS MOLINA, MARIA LOURDES VICIANA MARTINEZ, JOBANNA LUCENA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La termoterapia es una forma terapéutica basada en los efectos que el calor y el frío ejercen sobre el organismo. El cuerpo se defiende usando la temperatura a través de la termogénesis, que son mecanismos para obtener calor y la termólisis, mecanismos para perderla. Existen factores fisiológicos que pueden influir en el grado de tolerancia al calor y al frío como por ejemplo la edad, la zona a tratar o el tiempo, y habrá que tenerlas en cuenta a la hora de su aplicación.

OBJETIVOS: Revisar la bibliografía acerca del gran tipo de terapias no invasivas que hay actualmente para tratar algunas de las numerosas dolencias físicas que pueden padecer los pacientes hoy en día.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Está indicada su aplicación como antiespasmódico, actuando sobre las contracturas de la musculatura lisa. Como descontracturante, ejerciendo su acción en la musculatura estriada. Hiperemiante, mejorando los procesos infecciosos y de cicatrización. Analgésico/sedante, actuando en dolores osteoarticulares y neuríticos.

CONCLUSIÓN: Como normas generales a tener en cuenta en la termoterapia están las de observar la piel del paciente antes y tras la aplicación del procedimiento descartando posibles alteraciones, medir las constantes vitales para valorar la reacciones que se puedan producir, comprobar frecuentemente la temperatura para asegurarse de que permanezca de forma constante según el valor prescrito durante todo el proceso de tratamiento y extremar las precauciones en niños y ancianos ya que pueden tener menor tolerancia o en pacientes que presenten alteraciones de la conciencia.

PALABRAS CLAVE: HIPEREMIANTE, CALOR, OXIGENO, TEJIDOS, FRÍO.

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON HIDROTERAPIA

ESTHER LLORENS OLMOS, MONICA JARABA ARMAS, MARIA ESTER QUESADA FUENTES,
AITOR GALLASTEGUI GÉREZ

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune que ocasiona alteración de la movilidad y rigidez articular junto a dolor a los pacientes que lo padecen. En la actualidad existen muchos tratamientos de fisioterapia para tratar la AR con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen debido a que se trata de una enfermedad crónica. La hidroterapia es la utilización de ejercicios en el medio acuático con fines terapéuticos para mejorar la sintomatología y restaurar la movilidad articular.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios del tratamiento con hidroterapia para la artritis reumatoide.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliografía en las bases de datos Pubmed utilizando los siguientes términos: Rheumatic diseases, hidroterapy, treatment, rheumatoid arthritis y quality of life. Se ha utilizado como criterio de inclusión que el artículo estudiara la influencia de la hidroterapia en pacientes con AR.

RESULTADOS: Hay evidencias científicas del beneficio de la hidroterapia sobre las manifestaciones clínicas de las personas que padecen AR a corto plazo.

CONCLUSIÓN: Con el tratamiento de hidroterapia se logra mejorar en la calidad de vida de las personas que padecen AR a corto plazo. Sin embargo, no hay suficientes resultados bibliográficos como para concluir que la hidroterapia produce beneficios a largo plazo. Los resultados de esta revisión sugieren la necesidad de futuros estudios científicos relacionados con el tratamiento de hidroterapia para los pacientes que padecen artritis reumatoide.

PALABRAS CLAVE: HIDROTERAPIA, TRATAMIENTO, FISIOTERAPIA, ARTRITIS REUMATOIDE, ENFERMEDAD REUMÁTICA.

IMPORTANCIA DE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN CÁNCER DE MAMA Y SUS CONSECUENCIAS EN FISIOTERAPIA

ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, EVA ISIDORO CABAÑAS

INTRODUCCIÓN: La dosificación de radioterapia así como la delimitación de los tumores ha sufrido una mejora sustancial gracias al avance científico-técnico, unido al aumento de la supervivencia en cáncer de mama. En ocasiones los pacientes que acuden al servicio de fisioterapia explican síntomas relacionados con dicha intervención, siendo necesario un profundo conocimiento de los cambios secundarios a la radioterapia por los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS: Conocer los efectos de la radioterapia y su importancia en fisioterapia aplicada al cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en Febrero de 2017 en bases de datos electrónicas PubMed, PeDro y UpToDate. Palabras clave utilizadas: radiotherapy, physical therapy specialty, adverse effects, breast cancer neoplasms. Operador booleano: “and”. Criterios de inclusión: antigüedad máxima de 5 años, texto completo, calidad metodológica según sistema Oxford, relación con el tema. De 124 artículos, fueron seleccionados 4.

RESULTADOS: Uno de los estudios encontrados midió la toxicidad como efecto secundario en 1945 mujeres de las cuales el 45% presentaba una toxicidad grave o muy grave por lo que los autores propusieron su valoración rutinaria. Según los estudios en el ámbito de la rehabilitación, existen efectos secundarios a la radioterapia susceptibles de ser evaluados y abordados en fisioterapia como la fatiga, el dolor y las restricciones de movilidad de los tejidos tratados localmente en oncología.

CONCLUSIÓN: Proponemos el uso de herramientas de evaluación que permitan registrar estos cambios en mujeres operadas de cáncer de mama así como en otros tipos de cáncer con objetivo de poder comparar la efectividad de cada una de las metodologías fisioterápicas aplicadas actualmente. Es difícil analizar los efectos adversos debidos exclusivamente a la radioterapia dada la heterogeneidad de tratamientos y la frecuente asociación con otras terapias como la hormonal y la quimioterapia en cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: RADIOTERAPIA, FISIOTERAPIA, NEOPLASIAS DE MAMA, EFECTO SECUNDARIO.

APLICACIÓN CLÍNICA DE LA MARCHA NÓRDICA EN CASO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, EVA ISIDORO CABAÑAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 43 años, con esclerosis sistémica diagnosticada en 2015. Refiere haber sufrido frecuentes episodios agudos con focos inflamatorios en diferentes áreas localizadas predominantemente próximas a articulaciones de tobillo, rodilla, codo, muñeca y dedos de la mano. Actualmente estable con la medicación inmunosupresora y menor dosis de corticoides, se deriva a fisioterapia con objetivo de mejorar la movilidad y autonomía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Índice de Barthel. QuickDASH. Escala de Tinetti. Índice de Rodnan. EVA.

JUICIO CLÍNICO: Retracciones secundarias a trastorno autoinmune que condicionan la bipedestación con dolor así como la deambulación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras 6 meses de tratamiento progresivo, persiste limitación articular y de piel con muy discreta mejoría en el índice de Rodnan. Las mejores puntuaciones en autonomía, equilibrio, sintomatología y estado general referido por la paciente sugieren que la tolerancia de los tejidos a las demandas biomecánicas así como el control motor han aumentado.

PLAN DE CUIDADOS: Se procede a tratar por medio de fisioterapia dos veces por semana en sesiones de 40 minutos incluyendo cinesiterapia, terapia manual muy suave, ejercicios propioceptivos y autoejercicios analíticos y globales entre los cuales explicamos e iniciamos el uso adaptado de bastones de marcha nórdica como dispositivo de apoyo.

CONCLUSIONES: La marcha nórdica constituye una posible herramienta terapéutica en algunos casos de esclerosis sistémica viable, facilitadora de la marcha y la corrección postural de una forma inclusiva y amena. Son necesarios más estudios de calidad que propongan intervenciones fisioterápicas dirigidas a la mejora de la movilidad así como a la reducción del estrés asociado a través de equipos interdisciplinares.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA POR EJERCICIO, ESCLERODERMIA SISTÉMICA, FISIOTERAPIA, PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN DEL CAMPO VISUAL TRAS ICTUS

EVA ISIDORO CABAÑAS, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES

INTRODUCCIÓN: El ictus es en España la primera causa de discapacidad grave permanente. Las alteraciones del campo visual son muy comunes tras un ictus y conllevan una gran pérdida de funcionalidad, autonomía y calidad de vida, condicionando el proceso global de recuperación y aumentando el coste socio-sanitario de la enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de los distintos abordajes fisioterapéuticos de la alteración del campo visual tras un ictus.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Web of Science, utilizando los descriptores “Homonymus hemianopsia”, “stroke” “physical therapy” y “visual field”. Debido a la especificidad no se limitó la búsqueda y se obtuvieron 18 artículos en total publicados entre 2008 y 2015. Finalmente, se seleccionaron 9 artículos por abordar de forma más específica el objeto de esta revisión.

RESULTADOS: Dos de los artículos seleccionados recogían una selección de los posibles abordajes de las patologías derivadas del ictus. En lo referente al campo visual se encuentran dos enfoques uno compensatorio y otro encaminado a la restitución de la función perdida. Un estudio analizaba de forma positiva el uso de un método compensatorio (NVT), mientras que 6 estudios avalan la eficacia del abordaje restitutivo (VRT). De estos seis estudios, dos muestran una mayor eficacia del entrenamiento al combinarlo con estimulación transcraneal no invasiva y cambios en el cortex cerebral medidos mediante resonancia magnética funcional. Sin embargo, los estudios que utilizan el método compensatorio no miden los cambios en la corteza cerebral.

CONCLUSIÓN: Tanto el enfoque compensatorio como restitutivo mejoran la calidad de vida y la amplitud del campo visual en pacientes tras ictus, pero sólo el abordaje restitutivo muestra cambios a nivel cortical.

PALABRAS CLAVE: HEMIANOPSIA HOMONIMA, ICTUS, CAMPO VISUAL, FISIOTERAPIA.

