



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

# Fisioteràpia

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

al dia  
[www.colfisiocv.com](http://www.colfisiocv.com)



El vendaje en  
**Fisioterapia**

Volumen XVIII N°1  
Marzo 2022

# ¡No te quedes fuera!

## Actualiza tus datos de contacto

Recibirás toda la información del  
Colegio en tu correo electrónico

[www.colfisiocv.com](http://www.colfisiocv.com)



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

## EDITA

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

## COMITÉ DE REDACCIÓ

Director: José Ángel González Domínguez  
Subdirector: José Antonio Polo Traverso  
Directora Técnica: Rosa M<sup>a</sup> Marcos Reguero  
Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y Juan José Bruño (Valencia)

## COMITÉ CIENTÍFIC

Sofía Pérez Alenda (UV)  
Felipe Querol Fuentes (UV)  
Juan José Amer Cuenca (CEU-UCH)  
Noemí Valtueña Gimeno (CEU-UCH)  
Jorge Alarcón Jiménez (UCV)  
Luis Baraja Vegas (UCV)  
Lucía Ortega Pérez (UEV)  
José Vicente Toledo Marhuenda (UMH)  
M. Rosario Asensio García (UMH)

## COL-LABORADORS

Jordan Sospedra Achondia, Francisco Javier Montañez Aguilera, Suelen Cervelli, Carlos Villarón Casales, Javier Martínez Gramage, Lirios Dueñas Moscardó, Blanca Pardo Sievers, Claudia Zilkens, Luis Ramón Molla, José A. Polo, José Ángel González, Santiago Sevilla, y José Lendoiro.

## PORTADA

ICOFCV

## REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

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

La direcció de FAD, y por extensió el Col·legio de Fisioterapeutes de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), no se hace responsable de la autoría y originalidad del texto ni de las imágenes ni opiniones manifestadas en los artículos firmados, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a sus autores.

# Carta de la dirección



José Ángel González

Director de FAD

Estrenamos año y estrenamos equipo directivo en nuestra institución, el ICOFCV. Vaya por delante mi felicitación al respecto y mis mejores augurios para **Josep Benítez y su joven y renovada Junta de Gobierno**, que a buen seguro nos aportarán grandes alegrías en los próximos cuatro años (ya sé que Benítez no es amigo de los halagos ni las apariencias, por aquello de que debilitan, pero creo que es justo reconocer sus méritos: un gran equipo).

Y dicen que la **Justicia** tiene (o debe tener) **una gran venda** en los ojos, por aquello de la imparcialidad (o del doble ciego... que se diría en una investigación científica).

Pero como ustedes, apreciados lectores de nuestra publicación, son en su mayoría fisioterapeutas y no jueces, deben utilizar las vendas (y si no es así, esperamos con este monográfico que retomen tan buena costumbre) con otros variados fines, como así se prodigan muchas de nuestras profesiones hermanas: Medicina, Enfermería, Podología...

Así pues, les invitamos desde las próximas páginas a que coloquen no una simple venda en sus ojos, cual **Temis** (la diosa ciega de la justicia), sino muchas y variadas en la anatomía de sus pacientes.

Porque el **vendaje** es, y debe seguir siendo, una importante herramienta en nuestras manos (que junto con el cerebro son las bases de nuestro trabajo, ¿verdad?).

Por ello, cuando sugerí a la nueva directiva del **ICOFCV** la pertinencia de realizar un monográfico a este respecto, conté de inmediato con su beneplácito e incluso coincidimos en la selección de los referentes que a continuación les exponen su dilatada experiencia en vendajes, principalmente en el contexto de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana.

De hecho, puedo presumirles, con orgullo, de conocer estrechamente a la mayoría de tan destacados profesionales que colaboran en este número, bien porque han sido compañeros de faena, bien porque han sido alumnos de un servidor... En suma, este **staff** es sencillamente impecable. ¡Todo un privilegio que esperamos disfruten!

Solo me falta, para despedir esta carta, desearles, mientras leen estas páginas, que el maldito conflicto que nos asola al tiempo que cerramos esta edición concluya felizmente para las democracias del mundo y, en especial, para **Ucrania**. Por ello, permitan una maldad de este viejo zorro de la Terapia Física: ojalá que al malvado **Vladimir** (versus el heroico **Volodimir**) se le rompan todas las piezas de su destartada anatomía y que no encuentre jamás un buen "fisio" dispuesto a "arreglárselas", ni con un vendaje... ¡Qué se las apañe en el **Hades**, donde debería acabar con sus huesos...!

*Sic semper tyrannis*

# Sumari ■

05. Editorial

06. Monogràfic "El vendaje en Fisioterapia"

08. Parlem amb...

16. Embenatge funcional

20. Embenatge McConnell

22. *Kinesiotape*

28. Embenatge compressiu

30. Embenatge en espiga

32. Ortesi i embenatges

34. La veu del pacient

38. Visió perifèrica

40. Racó històric

46. Info col·legial

60. Racó jurídic

62. Racó del llibre

64. Benvinguts

66. Agenda

Monogràfic

El vendaje en Fisioterapia



# Editorial ■



Vicent Pontes Forner

Vocal Junta de Gobierno del ICOFCV  
Colegiado 4928  
Coordinador nacional de Fisioterapia en Umivale Activa  
Mutua

Estimados compañeros/as

La Fisioterapia está avanzando a pasos agigantados y el ICOFCV, como corporación, no puede quedarse atrás. Tenemos que aportar más herramientas a los colegiados para ayudarles en la praxis diaria y conseguir así una fuerte unión entre el colectivo de fisioterapeutas colegiados y el Colegio, no solo con el objetivo de crecer como profesión sino también de que cada uno de nosotros nos sintamos más identificados y orgullosos de formar parte del *Il·lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana*. Y en el proyecto que iniciamos ahora, ¡trabajaremos para conseguirlo!

En referencia a la temática del monográfico de esta revista "**El vendaje en Fisioterapia**", desde el vendaje funcional hasta el vendaje neuromuscular pasando por el *flossing* (elástico compresivo) o el vendaje McConnell, entre otros muchos importantes en nuestro día a día, buscamos una mejora del estado funcional del paciente, bien sea para limitar un movimiento o bien sea para facilitararlo, e incluso, para ayudar a los mecanismos de propiocepción, etc. Posiblemente no sea la técnica de Fisioterapia más llamativa pero no sabríamos vivir "sin ellos". Al buscar la movilidad activa del paciente tras lesión, uno de los objetivos primordiales, en muchos casos el vendaje nos aporta el refuerzo necesario para conseguirlo, generando además una gran seguridad en el paciente y, en ocasiones, incluso ayudando a reducir el dolor. Esto se podría traducir en "ayudar a la movilidad" porque, al fin y al cabo, Fisioterapia es movimiento y en multitud de vendajes buscamos estos mecanismos de protección y facilitación para conseguir este deseado movimiento limitado. Los vendajes conviven con la Fisioterapia desde sus inicios y, en la actualidad, siguen y seguirán siendo una parte necesaria en numerosos

tratamientos, más si cabe, evolucionando hacia una Fisioterapia más activa, en la que buscamos un rol del paciente mucho más dinámico.

Es inevitable escribir este editorial sin hacer mención especial al colectivo de fisioterapeutas que ejercemos en las mutuas de trabajo, donde también aplicamos de forma destacada todo tipo de vendajes. En el sector laboral, de nosotros depende el bonito y gran reto de recuperar la funcionalidad perdida o limitada del paciente tras un accidente o una lesión, buscando la readaptación a su puesto de trabajo y la mejora de su calidad de vida.

La Fisioterapia dentro de las mutuas también está viviendo una gran metamorfosis marcada por una destacada inversión en nuevas tecnologías y en las últimas técnicas fisioterápicas como, las plataformas antigraavitatorias, la Diatermia o la Electrólisis Percutánea y la Neuromodulación, entre otras. Todo ello, con el objetivo de ofrecer tratamientos de gran calidad a los pacientes, sin olvidar los cimientos de la profesión así como todas aquellas técnicas que tenemos en nuestras manos, como por ejemplo son los vendajes. Por desgracia, el sector de las mutuas sigue conviviendo de forma injusta con la "mala fama" que tiene, aunque con nuestro trabajo y con el tiempo, seguro que conseguimos revertir esta creencia.

Por último, me gustaría subrayar que me siento afortunado de formar parte de la nueva Junta de Gobierno del Colegio. Espero poder aportar mi granito de arena, ayudar a la corporación y al colectivo a seguir creciendo, a conseguir el gran reto de ser el mejor colegio de fisioterapeutas de España, y a lograr que los colegiados sientan la satisfacción de pertenecer a esta gran institución.



# El vendaje en Fisioterapia

El vendaje es, debe ser, una herramienta habitual entre las personas que practican la Fisioterapia.

Aunque pueda parecer un tópico, es cierto que los vendajes fisioterápicos suelen aplicarse con mucha más frecuencia en el ámbito deportivo, pero no es este el único: las posibilidades de utilizar vendas y accesorios similares son muy variadas, así como las técnicas y los materiales empleados, hasta el punto de que en la actualidad son harto populares conceptos y términos como el de *taping* o el de vendaje kinesiológico.

El presente monográfico tiene por finalidad presentar dicha diversidad de vendajes y reivindicar su uso en Fisioterapia, poniéndolos a debate al tiempo que repasamos aspectos tan dispares como los legales o los históricos, todo ello de la mano de destacados expertos en la materia.



Parlem amb...  
Pablo Martínez

Responsable y coordinador del servicio  
de Fisioterapia del Valencia Basket Club

*Cultura de  
Esfuerzo*

Pablo Martínez Ramírez cuenta con una dilatada trayectoria profesional en el ámbito deportivo. Hoy es responsable y coordinador del servicio de Fisioterapia del Valencia Basket Club, al que lleva ligado más de 20 años. Muy valorado y querido por el equipo -se nota nada más entrar al vestuario-, siente *La Fonteta* como su segunda casa y muestra con orgullo *L'Alqueria del Basket*. Fue de los primeros en aplicar el vendaje en nuestra Comunidad y, pese a que hoy no es su principal herramienta de trabajo, sabe que ha sido y es parte del día a día de la fisioterapia, especialmente de la deportiva, de su rutina laboral. En este *Parlem amb...* nuestro colegiado nos cuenta qué tipo de vendaje valora más, cómo lo aplica, cuándo y para qué; una opinión basada en el conocimiento y experiencia adquiridos tanto en el club como en su clínica privada.

### Brevemente, ¿podría explicarnos cómo llegó al mundo del baloncesto?

Mi llegada a este deporte es casual. Estudié Fisioterapia junto a Pepe Guillart, amigo y socio actualmente. Pepe era jugador de la cantera del entonces Pamesa Valencia e hicimos las prácticas juntos allí. Cuando ya habíamos acabado la carrera, quedó vacante el puesto de fisioterapeuta en el primer equipo y por motivos personales no se pudo hacer cargo Pepe. Me conocían de las prácticas y me lo ofrecieron a mí. En ese momento, estaba trabajando en una clínica con mucha actividad deportiva, en la que llevaba un equipo semiprofesional de balonmano femenino.

Es una pena que no venga del mundo del baloncesto y lo haya jugado, creo que lo hubiera disfrutado más pero bueno, después de 23 temporadas he aprendido a conocerlo mejor y amarlo.

### ¿Cuáles son las lesiones más comunes en el básquet?

A nivel de articulaciones, el tobillo es el que más sufre, la rodilla también pero algo menos. A nivel tendinoso, hay que destacar el tendón rotuliano y el tendón de Aquiles, sobre todo, el primero al ser un deporte de salto y de impacto. Las lesiones musculares se centran principalmente en los isquiotibiales, gemelos y sóleo. Otra muy común, por la altura, es dolor de espalda, especialmente en la zona lumbar.



Fundamentalmente, utilizo vendaje funcional, cuyo principal beneficio es que permite al jugador retomar la actividad deportiva precozmente con una mayor seguridad



#### CURRÍCULUM VITAE

- Grado de Fisioterapia
- Doctor por la Universidad de Murcia
- Responsable y coordinador del servicio de Fisioterapia del Valencia Basket Club
- Socio fundador de Fiosisport
- Responsable del área de Fisioterapia y Readaptación del hospital IMSKE
- Experto en Fisioterapia del Deporte
- Máster oficial en Fisioterapia Invasiva
- Máster en PsicoNeuroInmunología (PNI)
- Máster en programación Neurolingüística (PNL)
- Osteópata
- Docente de MVClinic



### ¿En qué tipo de lesiones aplica el vendaje?

No soy un fisioterapeuta deportivo clásico que piensa que el vendaje es imprescindible, yo soy bastante crítico. Creo que hay lesiones, por ejemplo la de tobillo en fase aguda, en la que es muy útil, una de las herramientas más poderosas porque le da mucha seguridad al deportista especialmente al reinicio de la práctica deportiva. También tiene cierta eficacia en los dedos de las manos para algunas artritis traumáticas que se producen por los golpes del balón. En articulaciones como la rodilla o la cadera, son tan grandes que limitar el movimiento es más complejo.

### ¿Con qué asiduidad realiza vendajes en el equipo?

Cada día hay 4 ó 5 jugadores de los 12 ó 13 que forman el equipo que se vendan los tobillos de forma rutinaria, con el resto lo usamos en fase aguda. Aún así, en cuanto podemos, retiramos el vendaje. Es más, tratamos de

convencer a los jugadores que vienen de otros equipos y que se vendan cada día, para que poco a poco vayan retirándolo. De hecho, seguramente somos uno de los equipos de la ACB que menos venda. Invitamos a la gente a que recupere sus capacidades motrices y de fuerza para poder eliminar el vendaje cada día. No obstante, hay jugadores que se vendan por 'manía' adquirida, se han hecho dependientes de él. Estos casos los respetamos porque se sienten más seguros, sin duda, tiene su efecto no específico.

### ¿Cuáles son los peligros inherentes al taping y por qué?

Si vendas rutinariamente los tobillos, o cualquier articulación, la presión del vendaje puede generar pérdida de movilidad y de fuerza porque al final estás estabilizando una articulación de forma no activa, con lo cual pierde la responsabilidad muscular de mantener su propia estabilidad. Además, a menudo genera compresión y roce en los tejidos como tendones; en el caso del tobillo, el tendón de Aquiles, produciendo tendinopatías, debilidad a largo plazo...

### ¿Y qué beneficios tiene para el deportista?

El beneficio principal es que le permite retomar la actividad deportiva precozmente con una seguridad mayor y en un rango seguro al poder limitar parcialmente el movimiento, le ayuda a acelerar el proceso de recuperación y su reincorporación al juego.

### ¿Qué tipo de vendaje utiliza?

Fundamentalmente, vendaje funcional. En el tobillo solemos hacer una base de material elástico y adhesivo. Sobre este aplicamos el *tape* para que limite los movimientos que queremos restringir, fijando de nuevo con *tape* también para cerrar el vendaje. Este sistema le da firmeza y durabilidad al vendaje a la vez que lo hace confortable para el deportista.



### ¿Cómo lo usa? ¿Qué aspectos son claves en su aplicación?

Si es una lesión aguda, el vendaje debe ser directo a la piel, bien fijado para que estabilice y frene el movimiento. En el caso del tobillo, el *tape* cierra el espacio lateral para que no sufra el ligamento lateral externo que es el que más suele afectarse. En cuanto va mejorando la clínica lo vamos retirando para que la musculatura se active y acabe por responsabilizarse lo antes posible de la estabilidad. No solemos usarlo más de 1 ó 2 semanas, nos interesa retomar la normalidad lo antes posible. El hecho de hacerlo directo a la piel limita su uso en el tiempo por el sufrimiento que supone ponerlo y quitarlo.

Cuando es por rutina intentamos hacerlo lo más adaptado al jugador, para que se sienta cómodo, sin poner en riesgo las estructuras con excesivos ochos que acaben estrangulando las estructuras adyacentes. Que le produzca seguridad pero que no le provoque efectos secundarios excesivos. En estos casos no se puede poner directo a la piel pues se realiza diariamente y la piel sufriría mucho. Utilizamos *pre-tape* que protege la piel pero le resta mucha adhesión al vendaje perdiendo parte de su eficacia.



Si es una lesión aguda, el vendaje debe ser directo a la piel, bien fijado para que estabilice y frene el movimiento... Cuando es por rutina intentamos hacerlo lo más adaptado al jugador, para que se sienta cómodo, sin poner en riesgo las estructuras



**Aparte de su trabajo en el Valencia Basket también tiene una clínica privada. ¿Hay diferencias entre el vendaje que aplica a un deportista profesional y el que emplea para un paciente de la calle?**

Trato de hacer el mismo vendaje pero es cierto que en el Valencia Basket no cierro tanto el vendaje, no hace falta que esté tan bien acabado porque lo cambio y reviso a diario. En el caso del paciente de la calle, como se va de la clínica con el vendaje puesto hasta que vuelve a la semana, cuando hemos colocado toda la base y las tiras, cierro otra vez con un sobre-vendaje del material de la base, para que se mantenga más tiempo con mayor firmeza y no pierda efecto. Aún así, también en este ámbito privado he reducido los tiempos, antes mantenía el vendaje 3 semanas y ahora lo retiro a los 10 días para que tengan libertad de movimiento lo más pronto posible.

Además, aquí tenemos que tener en cuenta otro posible efecto secundario del *tape*, que es que puede dar alergia a la piel al estar tanto tiempo mantenido. Hay que advertir al paciente que en el caso de que le pique mucho se lo quite puesto que nos hemos encontrado casos de alergia al pegamento del material que se usa. En estas ocasiones sí que hay que poner un pre-vendaje y proteger la piel.

**En sus más de 25 años de trayectoria profesional, ¿recuerda alguna anécdota relacionada con el vendaje?**

Sí, recuerdo una en la que sufrí mucho. Como he comentado antes, empecé a trabajar en una clínica en la que llevaba a un equipo de balonmano femenino semi-profesional y habían fichado a una jugadora rusa que era una de las mejores en aquella época. Vino a la clínica a vendarse. Yo había estudiado el vendaje en la carrera pero no tenía habilidad porque no había puesto un *taping* en mi vida.

La jugadora llegó, puso el pie y empecé a vendar pero no había forma de cortar el *tape*, se enrollaba, se liaba... después de 45 minutos, cuando ahora me cuesta 2 minutos, como pude lo acabé, un desastre... Delante de



En el Valencia Basket no cierro tanto el vendaje porque lo cambio y reviso a diario. En el caso del paciente de la calle, cierro con un sobre-vendaje del material de la base, para que no pierda efecto. Aquí también he reducido los tiempos, antes lo mantenía 3 semanas y ahora lo retiro a los 10 días para que tenga libertad de movimiento lo más pronto posible



mí, la jugadora, lo miró, cogió unas tijeras, lo cortó, se lo hizo ella y se fue. Me quedé fatal y me dije a mí mismo: tengo que aprender con urgencia -se ríe al recordarlo-. Tenía 22 años. Como empecé a viajar con ellas y a formarme cogí experiencia y cuando llegué al Pamesa Valencia ya lo dominaba.



En la imagen, Pablo Martínez junto a sus compañeros Adrián Valverde y Paco Pedregosa, todos ellos fisioterapeutas del Valencia Basket

### **Taping vs ortesis. ¿Cuándo decide calzarle una bota de descarga y sentar al jugador en el banquillo y por qué?**

Si es una fisura o fractura que va para tiempo, el vendaje no tiene sentido, se le pone una bota. En caso contrario, el *taping* es mejor opción porque está hecho a medida, respetamos la morfología, es mucho más personalizado; las tiras las pones en función de la lesión, la gran mayoría son del ligamento lateral externo pero hay otras lesiones que pueden afectar a otros ligamentos que también puedes reforzar con el *tape*.

En cuanto a la decisión de sentar al jugador en un banquillo la verdad es que casi siempre lo decide el jugador, la mayoría de las veces él sabe si puede continuar o no. No obstante, si quiere continuar y nosotros vemos una situación de alerta, de peligro, advertimos. Nuestra fun-

ción es conservar la salud del jugador lo máximo posible pero es cierto que es un profesional y debemos obtener el máximo rendimiento de él con la mayor seguridad posible. En general son valientes y desean continuar jugando.

### **Nos ha hablado de *taping* para inmovilizar, pero ¿usa el vendaje para facilitar movimiento?**

El *taping* que yo utilizo aquí es principalmente para limitar el movimiento. Luego hay otros dos tipos de vendaje que buscan una mejor respuesta motriz, para ayudar a que algún músculo esté más activo y que tenga mejor capacidad contráctil, como es el caso del *kinesiotaping*. A mí para facilitar el movimiento me parece mucho más apropiado el trabajo activo y de readaptación precoz.

**Sin duda, si hay un vendaje que genera controversia es el *kinesiotaping* ¿Cuál es su opinión respecto a este?**

Hay gente enamorada de él y otros que no comparten su uso. Yo, salvo que me lo pidan, no lo utilizo mucho.

**¿Y en la clínica privada lo aplica más?**

Hubo una época que estaba de moda y lo realizábamos frecuentemente para estimular una zona muscular que queríamos activar pero ahora lo utilizo mucho menos. Como he comentado, prefiero centrarme en mandar ejercicios de readaptación para activar esa musculatura.

**¿Qué evidencia científica existe respecto al uso de un tipo de vendaje u otro?**

No está muy claro dado que los estudios científicos que existen son muy variados y con resultados diversos apoyando su eficacia o no. Además hay diferentes variedades de vendaje y la gran mayoría de los estudios valoran aspectos funcionales aislados o de estabilidad. La evidencia científica está dividida, y como me gusta decir, muchas veces el sentido común es lo que debe mandar a la hora de decidir cuándo o no utilizarlo.

**El vendaje asociado a terapia manual y ejercicio terapéutico específico para la lesión, ¿es una triada importante en un atleta?**

Soy osteópata y recurro a la terapia manual como parte fundamental del tratamiento. La movilización del tobillo ajustando las articulaciones afectadas es muy importante. Y el *taping* lo uso en las fases agudas iniciales, que abarca desde que se lesionan hasta las 3 ó 4 semanas en el deportista para entrenar; en el paciente de la calle lo retiramos a los 10-12 días para hacer vida normal. Luego, por supuesto, hay que realizar un importante trabajo de readaptación de tobillo, de estabilidad, de equilibrio, de propiocepción y de fortalecimiento. Esta parte de ejercicio físico terapéutico es la que ahora se está desarrollando mucho, es esencial y es en la que la fisioterapia ha avanzado enormemente.



En cuanto al uso de un tipo de vendaje u otro, la evidencia científica está dividida, y como me gusta decir, muchas veces el sentido común es lo que debe mandar a la hora de decidir cuándo o no utilizarlo.



**¿Recuerda alguna lesión de paciente o jugador que fuese espectacular y que se solucionara básicamente aplicando vendaje terapéutico?**

He tenido muchos jugadores que gracias al *tape* han podido jugar un partido con un tobillo "feo, feo" en menos de 10 días, hablamos de esguinces de grado 2 en tobillo con derrames importantes. Nos hemos encontrado con la situación de estar frente a un partido vital para el equipo, en el que el jugador ha tenido la voluntad de querer hacer el esfuerzo y el equipo médico hemos visto que no hay un riesgo importante para el tobillo y hemos usado el *tape* para que pudiera participar. Un ejemplo es Nando de Colo, con quien tuvimos que recurrir al vendaje para que pudiese jugar con confianza tras un esguince de tobillo importante que sufrió diez días antes. Pudo jugar a muy buen nivel y ganamos la final de la *Eurocup*. El *tape* para lesiones de tobillo a mí me ha dado muchas alegrías.

**¿El vendaje como profilaxis o como terapia?**

Yo creo que es terapia y lo utilizaría solo como terapia salvo excepciones. La profilaxis la dedicaría a restablecer aquellas capacidades musculares y de estabilización que haya perdido el paciente con ejercicio activo.

## ¿De dónde cree que vendrá la innovación en el *taping*? ¿Nuevos materiales? ¿Tensión diferente?

Es posible. Cada vez hay materiales más fáciles de manejar y más cómodos, creo que los materiales pueden cambiar en la tensión que ofrecen, en la forma de adherirse... Una innovación es el *Magnetic Tape*, un *tape* elástico adhesivo que incorpora un campo magnético para normalizar la metámera, a través del dermatoma, mejorando las alteraciones del sistema musculoesquelético.

## El uso del vendaje está muy extendido en el ámbito deportivo y en el privado, ¿lo ve útil para los servicios de Fisioterapia de la sanidad pública?

Por qué renunciar a ello. He tenido muchos casos de gente que me ha agradecido muchísimo que le retiremos una escayola innecesaria y que le hayamos puesto un vendaje. Si no hay motivo de peso que justifique ponerla, la escayola puede ser la mayor causa de cronicidad. A menudo, solucionas la lesión colocándole un *tape* que le permita hacer vida normal, cargar, drenar y empezar lo más pronto posible a movilizar la articulación, ayudándole a no perder fuerza y a mantener una actividad física normal. Si me ha dado alegrías en el mundo deportivo, muchas más me ha dado con los pacientes en la clínica.

## Por último, algún agradecimiento...

Mi agradecimiento a los jugadores del Valencia Basket y de otros deportes, así como a todos mis pacientes de la clínica por darme la oportunidad de compartir y adquirir con ellos mi experiencia. Siempre digo que la Fisioterapia es una profesión que me permite acercarme a la salud de mis pacientes y conocerles mejor pudiendo ayudarles en aquello que pueda.



# El vendaje funcional en las lesiones deportivas



## Jordan Sospedra Achondia

Colegiado 3752

Fisioterapeuta de la Selección Española de Baloncesto Masculina y de deportistas de élite como Marc Gasol  
CEO Clínica Sospedra

Los vendajes han sido tradicionalmente una de las herramientas más recurrentes para los fisioterapeutas a la hora de poder condicionar la movilidad articular y/o de los segmentos musculares con algún tipo de patología.

Tenemos una gran variedad de vendajes y diferentes formas de ejecutarlos técnicamente, desde vendajes neuromusculares, pasando por los compresivos, así como los funcionales de los que vamos a hablar a continuación.

El vendaje funcional en el ámbito deportivo ha evolucionado considerablemente con el paso de los años, tanto por la forma de aplicarlo según especificidades del deporte como por los nuevos materiales que han ido apareciendo en el mercado, favoreciendo la eficacia y el confort del paciente al que se le aplica.

Realizar un vendaje funcional puede convertirse o en un acto mecánico de repetición o en un ejercicio de razonamiento clínico y de desarrollo de destrezas aplicadas a cada situación y necesidad del deportista. Creo que, antes de realizar un vendaje, es fundamental preguntarse:

- Preventivo o correctivo
- Estructuras potencialmente en riesgo de lesión
- Tiempo de esfuerzo
- *Timeline* lesional
- Elección de los materiales

### 1. Vendaje preventivo o correctivo

Considero que el vendaje funcional deportivo puede tener dos orientaciones según el objetivo para el que lo estamos realizando:

**Vendaje preventivo**, cuando no hay una lesión activa pero sí un antecedente en la zona o un riesgo potencial de lesión.

**Vendaje correctivo**, donde hay lesión y queremos reducir la movilidad limitando determinados movimientos para favorecer la reparación tisular o el control de dolor, entre otros.



Realizar un vendaje funcional puede convertirse o en un acto mecánico de repetición o en un ejercicio de razonamiento clínico y de desarrollo de destrezas aplicadas a cada situación y necesidad del deportista



## 2. Estructuras a proteger

Es imprescindible conocer qué estructuras son las más vulnerables en la ejecución de la actividad deportiva según la especificidad del deportista, su esfuerzo y su morfología particular. Para ello, adaptar el vendaje funcional al deportista es clave para darle la mayor protección, eficacia y confort, haciendo una buena elección de materiales, líneas de tensión y dejar los captadores posturales con las menores alteraciones posibles.

## 3. Tiempo y momento de esfuerzo

Conocer los tiempos en los que el deportista va a realizar su esfuerzo así como el tipo de esfuerzo (continuo o interválico) debería condicionar nuestra aplicación del vendaje. Entendemos que no tiene el mismo tipo de estrés un vendaje de un deporte de tiempos cortos y ejecución explosiva que deportes de resistencia puros o mixtos donde se intercalan diferentes acciones prologadas en el tiempo.

## 4. Timeline lesional

El historial lesional del paciente es fundamental para personalizar el vendaje y poder ajustarlo a sus zonas más vulnerables, donde ya ha sufrido algún tipo de dolencia.

## 5. Materiales

Encontramos todo tipo de posibilidades, desde materiales rígidos más tradicionales, como de protección, vendas semielásticas con una capacidad de maleabilidad extraordinaria y un sinfín de alternativas que nos ofrece una capacidad de combinación muy alta y variable.



Qué vendaje realizamos es una pregunta con respuesta muy variable. No obstante, los vendajes suelen tener una serie de pasos comunes en la mayoría de los casos.

### Tips del vendaje preventivo deportivo

- Protección de las zonas más sensibles: atención pasos tendinosos y paquetes neuro-vasculares.
- Evitar anclajes excesivos y cerrados
- Vendaje minimalista: tratar reducir al máximo la superficie a vendar maximizando la eficacia de cada paso de vendaje sin repetir ni superponer tiras activas ni de cierre.
- De más rígido a más elástico: los materiales rígidos lo más próximos a la piel posible para finalizar con materiales flexibles y con alto nivel de adaptabilidad y confort
- Colocación: posición de corrección para aplicar la tensión en los ángulos correctos en aquellas zonas de pasaje que lo permitan. No más presión, significa más protección.

# Mi experiencia con el vendaje funcional a propósito de un caso



Francisco Javier Montañez Aguilera

Colegiado 706  
Fisioterapeuta. Profesor Titular Dpto. Enfermería y  
Fisioterapia Universidad CEU Cardenal Herrera

“  
En mi opinión,  
el vendaje  
funcional es la  
mejor proyección  
de nuestras  
manos cuando  
no las utilizamos  
sobre la lesión  
”

Agradezco la oportunidad que se me brinda desde las páginas de la revista de nuestro Colegio para hablaros de mi experiencia con el vendaje funcional en un ámbito como es el balonmano.

Antes de pertenecer al equipo médico de la Real Federación Española de Balonmano, fui jugador de balonmano durante diez años. Esa experiencia, desde el otro lado de la barrera, me permitió no solo tener cierta capacidad anticipatoria a la hora de abordar el tratamiento de las lesiones que se sufren en esta disciplina deportiva sino también saber cómo afectan al deportista. Y si en balonmano hay una lesión que destaca sobre otras, esta es, sin duda, el esguince de tobillo. Así pues, centremos esta experiencia que quiero compartir con vosotros en esa entidad patológica desde un enfoque fisioterápico, sin renunciar al importante papel de la intervención multidisciplinar, poniendo en valor algo en lo que siempre he creído, como jugador en primer lugar y como profesional posteriormente, como es el vendaje funcional, y enmarcado en una experiencia clínica vivida durante una concentración con la Selección Nacional Juvenil Masculina.

Con la vista puesta en el pre-europeo de Suiza del año 1998, la Selección se concentró en Oviedo para llevar a cabo unos partidos amistosos, trasladándonos posteriormente a Guadalajara para ultimar la preparación para la cita suiza. Fue precisamente durante el desarrollo del primer entrenamiento en la ciudad alcarreña, cuando se lesionó Sergio Berrios, segundo capitán de la selección. En un lance fortuito del entrenamiento, tras un lanzamiento en suspensión (su demarcación era la de lateral derecho), Sergio aterrizó sobre el suelo realizando un mal apoyo con el pie, lo que le produjo un esguince del Ligamento Lateral Externo (LLE) del tobillo derecho. A cuatro días del comienzo del pre-europeo, la Selección parecía que se quedaba no solo sin su mejor lateral zurdo, sino que, además, perdía a todo un líder dentro y fuera del terreno de juego.



1. Estado del tobillo a los pocos minutos de producirse la lesión 2. Vendaje funcional de descarga/acortamiento para el LLE 3. Vendaje funcional para iniciar trabajo en carga 4. y 5. Evolución a las 72 horas

La primera valoración fue inmediata, sobre el propio terreno de juego. Con gran alivio, descubrimos que el tobillo apenas había perdido estabilidad, por lo que no era quimérico pensar que, comenzando de manera precoz el trabajo de recuperación, Sergio podría llegar a tiempo para participar en la competición, aunque difícilmente en los partidos iniciales. Con ese objetivo en mente, Chema Calvillo, médico de la Selección, y yo, hablamos con el seleccionador nacional para indicarle que no era preciso llamar a otro jugador que sustituyera a Sergio, y que iniciábamos su recuperación ese mismo día.

Durante las primeras 24 horas de evolución de la lesión aplicamos el conocido método RICE, en su denominación anglosajona (*Rest-Ice-Compression-Elevation*), combinado con la descarga de la extremidad.

El segundo día de evolución, iniciamos doble sesión de US (*Fastum+Menavent*, en formato gel) y masaje de drenaje con empaste nocturno utilizando los geles indicados. Continuamos con hielo y, además, un vendaje funcional (VF) de descarga/acortamiento ligamentario, llevando la subastragalina hacia la eversión. En mi opinión, la gran ventaja del VF en esta fase inicial de la recuperación es que asegura la corrección postural precisa, durante el tiempo que no estás actuando directamente sobre el deportista. Es decir, no hay mejor complemento a la actuación fisioterápica que el vendaje funcional para mantener los progresos que se van alcanzando.

Y el tercer día de evolución, ¿qué hicimos? Pues meter a Sergio en el agua. Efectivamente, el medio acuático es el mejor aliado para iniciar trabajos de carga de la extremidad inferior. Desplazamientos, multisaltos, natación (estilo crol), ejercicios de relajación, escaleras, ejercicios de equilibrio y gestualidad técnica (lanzamientos en apoyo, lanzamientos en suspensión, pases... y todo ello con balón, para aportar sensaciones propioceptivas). ¿Podéis

imaginar qué es lo primero que hacíamos con el tobillo una vez estaba fuera del agua y completamente seco? ¡Efectivamente! De nuevo vendaje funcional. Seguíamos buscando acortamiento ligamentario y protección articular, además de perpetuar la mejora vascular y linfática que proporcionaba el trabajo en el agua. La tarde de ese tercer día de evolución ya realizó ejercicios en carga, en seco, por supuesto, manteniendo un vendaje en el tobillo que permitiera la más alta funcionalidad sin causar perjuicio a la recuperación.

Al día siguiente nos desplazamos a Suiza. Ya por la tarde, realizamos el último entrenamiento antes del comienzo de la competición. Sergio entrenó a las órdenes del seleccionador con el resto de compañeros e integrado totalmente con el trabajo del equipo. Y lo hizo con un tobillo asintomático pero vendado, para transmitirle la suficiente seguridad como para impedir que pensara en él.

A Sergio lo reservamos para los dos últimos partidos, que eran los más complicados. Durante los minutos que jugó no notó molestias en su tobillo derecho y, como ya imaginaréis, siempre lo hizo vendado. Una vez finalizada la competición, le explicamos que era importante reingresar al club sin vendaje para entrenar o competir dado que el tobillo estaba totalmente recuperado.

Para mantener los progresos que se van alcanzando al inicio del tratamiento, para adquirir la más alta funcionalidad sin causar perjuicio a la recuperación en los días posteriores, para transmitir seguridad cuando se intensifica el trabajo y para reforzar psicológicamente al deportista cuando lo que interesa es que no piense en la estructura recientemente lesionada. Enhorabuena al Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana por su iniciativa para sacar adelante este monográfico, reivindicativo a mi modo de ver, sobre una técnica que siempre ha aportado, y mucho, en mi desempeño clínico. Un abrazo.

# El vendaje tipo McConnell



## Suelen Cervelli

Colegiada 5044

Fisioterapeuta en la clínica Osteón Alaquàs



Estos vendajes rígidos se usan para descargar tejidos dolorosos, facilitar la contracción muscular o inhibir la actividad muscular innecesaria



Tuve el placer de conocer a Jenny McConnell, en el curso intensivo que hizo en septiembre de 2018 en Valencia. Su aporte principal a la fisioterapia son técnicas de manejo musculoesquelético de la articulación patelofemoral, el miembro inferior, el hombro y la columna vertebral. Entre estas técnicas destacan sus vendajes.

Los vendajes de McConnell se aplican con un tipo de vendaje adhesivo inelástico, siendo conveniente utilizar por debajo de éste unas tiras de vendaje tipo Fix, ya que el *tape* rígido suele llevar silicona, que puede provocar alergia o irritaciones en algunos pacientes.

Estos vendajes, siendo rígidos, y aplicándose con la fuerza necesaria hacia la desrotación, medialización, lateralización o contención de los tejidos, pueden ayudar en el manejo del dolor o de la inflamación, por ejemplo, en el caso de la grasa de Hoffa.

El uso de ese tipo de vendaje está justificado por su autora para la descarga de los tejidos dolorosos, la facilitación de la contracción muscular o la inhibición de la actividad muscular innecesaria.

Podemos decir que hoy en día la aplicación terapéutica con más evidencia científica y mayor impacto a largo plazo es el ejercicio terapéutico. Pero hay algunas consideraciones que hay que tener en cuenta a la hora de comenzar un programa de ejercicio.

Se han conducido numerosos estudios acerca del papel del miedo y el dolor sobre la amplitud de activación muscular o el *timing* (tiempo de activación muscular), demostrando como estos influyen negativamente sobre la musculatura profunda, por ejemplo, en el transversal abdominal, multifidos o vasto medial oblicuo (VMO) en el caso de la rodilla.

El músculo VMO suele tener un *timing* más lento respecto al Vasto Lateral (VL) del cuádriceps en pacientes con dolor, por ejemplo, al bajar una escalera o subirla. Aunque con la evidencia actual todavía no se puede sostener que haya una mejora del *timing* o la amplitud de activación muscular con el uso del vendaje McConnell, sí se puede afirmar que hay una mejora significativa en parámetros como el dolor y el equilibrio.



Otro concepto muy interesante que justifica la práctica clínica de Jenny McConnell es el de la "posición inicial" que tienen las articulaciones antes de producirse el movimiento. Una posición inicial incorrecta puede generar alteraciones estructurales y generar lesiones. McConnell utiliza la expresión "creep" refiriéndose a aquellos tejidos que, estando sometidos a unas cargas prolongadas en el tiempo, sin suficiente tiempo de recuperación, perderían parte de su capacidad elástica deformándose permanentemente. A la vez, los tejidos que tienen una mecánica incorrecta tienden a generar un "acortamiento maladaptativo", disminuyendo la distancia entre las fibras de colágeno en los tejidos no contráctiles o produciendo cierta rigidez y acortamiento en los tejidos contráctiles.

En base a esta teoría se podría generar un círculo vicioso que podríamos observar en el miembro inferior, a modo de ejemplo: un acortamiento de los isquiotibiales y gastrocnemio podría estar asociado a un pie pronado con consecuente rotación interna femoral, esto produciría a su vez un acortamiento de las estructuras anteriores de la cadera, conllevando un pobre control del glúteo medio, aumentando así el vector de fuerza en valgo de rodilla, ocasionando un desplazamiento lateral de la rótula.

Suponiendo que el dolor se relacione con la deformación del tejido sometido a presión (*creep*) o a un acortamiento maladaptativo, puede resultar útil en una primera fase de un programa de ejercicio modificar estos factores a través de un elemento de contención como el vendaje, con el objetivo de compensar estas adaptaciones.

En la práctica clínica los vendajes de McConnell para corregir estos patrones resultan beneficiosos para pacientes y fisioterapeutas porque permiten producir cambios en el dolor desde la primera sesión. El paciente se va a casa con mayor seguridad y confianza para afrontar el movimiento y empezar su programa de ejercicio, ya que en la misma sesión se le ha demostrado como cambiaría su movilidad y sensaciones con una correcta alineación y activación.

Un buen ejemplo es el vendaje de inestabilidad multidireccional de hombro. Es uno de los que más aplico sobre mis pacientes, porque supone un gran alivio sintomático, permitiendo desde su primera aplicación paliar el dolor durante las actividades de la vida diaria (AVD) y la ejecución de los ejercicios, evitando patrones de movimiento incorrectos o lesivos. Resulta extraordinariamente útil en pacientes sin una buena propiocepción y que a pesar de nuestras indicaciones no consiguen mantener un buen control escapulohumeral. Gracias a la contención que proporciona el vendaje, podemos empezar a activar la musculatura estabilizadora de la cintura escapular, con el objetivo final de que ésta logre la contención una vez prescindamos del vendaje.

En definitiva, los vendajes propuestos por Jenny McConnell constituyen una herramienta a disposición del fisioterapeuta para mejorar el dolor y optimizar la confianza y calidad del movimiento. Una forma más de ayudar al paciente a moverse mejor y sin dolor, prolongando los efectos en el tiempo.

# El vendaje neuromuscular en afecciones neurológicas y más



## Carlos Villarón Casales

Colegiado 13  
CEO Clínica de Fisioterapia Dr. Villarón

El paso de los años y el aumento del número de fisioterapeutas que utilizan cada vez más el vendaje neuromuscular (VNM) o *kinesiotape* (KT) ha hecho que esta técnica se haya especializado y sirva para el abordaje y tratamiento de una gran cantidad de patologías. De hecho, desde hace algún tiempo, la formación en VNM o KT ha sido incluida en los planes de estudio de casi todas las universidades, lo que hace ver la importancia que ha adquirido en el campo de actuación de los fisioterapeutas.

Quizá una de las aplicaciones más conocidas sea en el ámbito deportivo, la exposición pública de los deportistas hace que estos tratamientos sean más vistosos y demandados, tanto por los propios deportistas como por el público en general. En este campo se lleva utilizando desde hace muchos años y son los propios jugadores o atletas quienes demandan al fisioterapeuta su aplicación, tanto como solución a sus problemas como para prevenirlos.

Otra de las aportaciones más importantes y que más se ha desarrollado en los últimos años ha sido en el abordaje del drenaje linfático. El vendaje neuromuscular es una técnica reconocida y avalada por varias publicaciones científicas en las que se pone de manifiesto su utilidad para el tratamiento de los edemas producidos por mastectomías, lesiones deportivas, intervenciones quirúrgicas y un largo etc.



A la izquierda, aplicación de VNM en la zona lumbar en el tenis. A la derecha, colocación para drenaje linfático, técnica de pulpo en mano.

Además, esta técnica ha ido evolucionando e incorporando materiales nuevos (como el *PunchTape*), esto unido a un mejor conocimiento de la técnica, ha conseguido mejorar su efectividad y llegar a un número mayor de usuarios.

### Afecciones neurológicas

Otro campo en el que cada vez hay más profesionales que utilizan el *kinesiotaping* como herramienta para sus tratamientos, es en las lesiones o afecciones neurológicas. Aunque esta técnica fue de las últimas en incorporarse a este abanico de tratamientos, pronto se desarrolló en varios países de Europa, debido a que este tipo de vendajes es de gran ayuda en el abordaje de la espasticidad, control postural y mejora del tono en general, ya sea en pacientes hiper o hipotónicos, por lo que es muy utilizado tanto en adultos como en niños con este tipo de problemas.

### Parálisis facial

Dentro de estas afecciones neurológicas, una de las terapias que más ha evolucionado de VNM es el tratamiento de la parálisis facial. Estas técnicas se venían utilizando hace mucho tiempo con distintos resultados pero desde hace unos pocos años se han incorporado nuevas técnicas y aplicaciones que, junto con un buen diagnóstico funcional, hacen que este método sea de los más eficaces para el abordaje de la parálisis facial.

Pero para que este tipo de herramientas sea de utilidad para los pacientes, es necesario aplicarlas de forma correcta y elegir los materiales idóneos para cada uno de los tratamientos; el uso indiscriminado y sin la formación necesaria no aportará beneficios a los pacientes, e incluso, podrían llegar a ser perjudiciales.

La utilización de vendaje neuromuscular o *kinesiotape* es totalmente compatible con otras técnicas que utilizamos con los pacientes neurológicos, siendo recomendable colocarlo previamente al tratamiento, sobre todo, en aquellos aspectos relacionados con el tono y la postura ya que consigue una mejoría en ambos, lo que ayuda a los fisioterapeutas con el abordaje terapéutico.

Otros tipos de vendajes es más recomendable aplicarlos al finalizar la sesión para el mantenimiento de lo conseguido durante la misma, ya que este tipo de materiales pueden llevarse durante varios días sin que pierda eficacia.



El *kinesiotape* es de gran ayuda en el abordaje de la espasticidad, control postural y mejora del tono en general, ya sea en pacientes hiper o hipotónicos, por lo que es muy utilizado tanto en adultos como en niños con lesiones neurológicas



A la izquierda, detalle colocación *PunchTape* para drenaje linfático. A la derecha, colocación de VNM para el tratamiento de la espasticidad



Detalle del tratamiento para parálisis facial. Desde hace unos años se han incorporado nuevas técnicas y aplicaciones que, junto con un buen diagnóstico funcional, hacen que este método sea de los más eficaces para su abordaje. Es necesario aplicarlo de forma correcta y elegir los materiales idóneos para cada tratamiento

## ¿Es el *Kinesio Tape* efectivo?



### Javier Martínez Gramage

Colegiado 25

Profesor en la Universidad CEU Cardenal Herrera

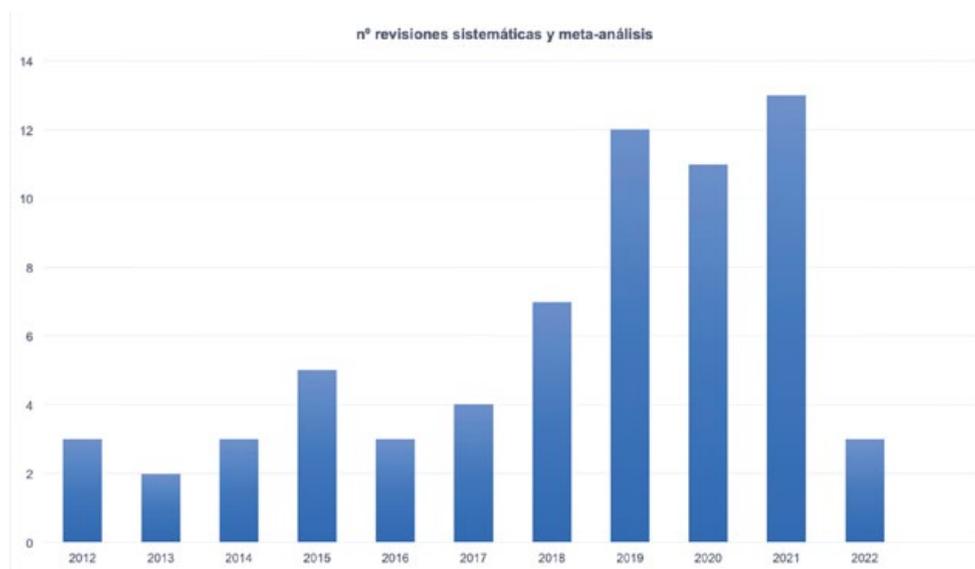
El *Kinesio Tape* (KT) es un tipo de vendaje utilizado en el ámbito clínico para el tratamiento de lesiones, ganando cada vez una mayor popularidad, lo que ha llevado a aumentar tanto el número de estudios como la calidad metodológica de estos (figura 1).

De acuerdo con la literatura, parece ser que el mecanismo de acción es el de proteger al músculo y/o la articulación al mejorar la propiocepción. Fue diseñado para imitar las cualidades de la piel humana, por lo que no es rígido y se puede estirar entre un 30 y un 40 % de su longitud en reposo. Los beneficios propuestos incluyen aportar un estímulo posicional a través de la piel con el fin de crear más espacio por encima del área de dolor o de la inflamación y, con ello, mejorar el drenaje del edema y, por otro lado, aportar mayor estimulación sensorial.

A pesar de su gran popularidad, hay escasez de pruebas que respalden el uso de este tipo de cinta en el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos específicos.

Dudas clínicas comunes que los fisioterapeutas pueden formularse ante el uso o no del KT podrían ser: ¿Es el *Kinesio Taping* más efectivo que un falso *taping*/placebo, ningún tratamiento u otras intervenciones en personas con afecciones musculoesqueléticas? o, ¿la adición de *Kinesio Taping* a otras intervenciones es más efectiva que otras intervenciones solas en personas con afecciones musculoesqueléticas? Para dar respuesta a estas cuestiones, se publicó en 2014<sup>1</sup> una revisión sistemática sobre la evidencia en la práctica clínica del KT que incluía doce estudios clínicos aleatorizados con una *N* de 495 pacientes. Comparaban el efecto del *Kinesio Tape* versus placebo, sin tratamiento, ejercicio, terapia manual y fisioterapia convencional. Fueron analizadas la intensidad del dolor, la discapacidad, la calidad de vida, la reincorporación al trabajo y la impresión global de la recuperación. Los resultados que obtuvieron fue que el *Kinesio Tape* no fue mejor que ninguna del resto de técnicas. Por otro lado, en todas las comparaciones en las que el KT era mejor, los tamaños del efecto fueron pequeños y probablemente no fueron clínicamente significativos o los ensayos eran de baja calidad. La conclusión a la que llegaron fue que la evidencia actual no apoyaba el uso de esta intervención en afecciones musculoesqueléticas.

Figura 1. Número de revisiones sistemáticas y meta-análisis publicadas en los últimos 10 años según PubMed.



En otro ámbito en el que también parece tener popularidad en cuanto a su aplicación es el del linfedema. Kasawara y col. 2018<sup>2</sup> publicaron un meta-análisis sobre los efectos del *Kinesio Tape* en el linfedema relacionado con el cáncer de mama, concluyendo que el KT fue eficaz en el linfedema post mastectomía, sin embargo, no fue más eficaz que otros tratamientos.

Seguramente el dolor lumbar crónico constituya una de las secuelas que genera importantes cargas sociales y económicas y, por supuesto, un reto importante para el fisioterapeuta. En la revisión sistemática sobre *Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review*<sup>3</sup>, incluyen un total de 306 sujetos para determinar los efectos del KT en esta población. La revisión concluye que el *Kinesio Tape* no es un sustituto de la fisioterapia e indican que puede ser más efectivo si se utiliza como terapia complementaria necesitando estudios de alta calidad para fortalecer la evidencia de la efectividad de KT en dolor lumbar crónico.

En el ámbito de la neurología, la revisión sistemática y meta-análisis más reciente es la realizada en 2020 sobre el hombro doloroso en el paciente con hemiplegia<sup>4</sup>, en la que incluyen a 424 pacientes obteniendo resultados esperanzadores para reducir la subluxación y el dolor de hombro, además de mejorar la función motora de extremidad superior.

Después de esta pequeña reseña y con el fin de dar respuesta al título, habrá que tener presente que para hablar de efectividad del *Kinesio Tape* será importante conocer previamente en qué tipo de patologías se han obtenidos resultados positivos y en cuáles no.



A pesar de su gran popularidad, hay escasez de pruebas que respalden el uso de este tipo de cinta en el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos específicos



#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Parreira Pdo C, Costa Lda C, Hespanhol LC Jr, Lopes AD, Costa LO. Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *J Physiother*. 2014 Mar;60(1):31-9. doi: 10.1016/j.jphys.2013.12.008. Epub 2014 Apr 24. PMID: 24856938.
2. Kasawara KT, Mapa JMR, Ferreira V, Added MAN, Shiwa SR, Carvas N Jr, Batista PA. Effects of Kinesio Taping on breast cancer-related lymphedema: A meta-analysis in clinical trials. *Physiother Theory Pract*. 2018 May;34(5):337-345. doi: 10.1080/09593985.2017.1419522. Epub 2018 Jan 8. PMID: 29308967.
3. Nelson NL. Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review. *J Bodyw Mov Ther*. 2016 Jul;20(3):672-81. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.04.018. Epub 2016 Apr 27. PMID: 27634093.
4. Deng P, Zhao Z, Zhang S, Xiao T, Li Y. Effect of kinesio taping on hemiplegic shoulder pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*. 2021 Mar;35(3):317-331. doi: 10.1177/0269215520964950. Epub 2020 Oct 16. PMID: 33063559.

# Una visión crítica del *kinesiotaping*



## Lirios Dueñas Moscardó

Colegiada 2141

Profesora Contratada Doctor de la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València

Mi relación con el *Kinesiotaping* (KT) se remonta al año 2007. Por aquel entonces trabajaba de coordinadora y fisioterapeuta del Centro de Atención al Deportista de la Universidad Politécnica de Valencia, y, buscando ampliar mis conocimientos en técnicas que me ayudasen a tratar las distintas lesiones deportivas, realicé un curso de *kinesiotape*. Fue entonces cuando empecé a aplicarlo en los pacientes de distintas disciplinas deportivas. Tengo que reconocer que en muchos casos los deportistas referían efectos positivos, atribuidos a la aplicación del KT. Y he de admitir que estos beneficios no dejaban de sorprenderme. Aunque es cierto que siempre utilizábamos los vendajes después de haber realizado el tratamiento correspondiente, que habitualmente consistía en terapia manual y ejercicio terapéutico.

Con el tiempo fui adquiriendo práctica en su aplicación. Y puesto que eran los propios deportistas quienes solían solicitarnos los vendajes, no dejé de buscar información para aprender sobre las distintas aplicaciones. Por aquel entonces la evidencia científica sobre esta técnica era inexistente. Y al consultar los libros y manuales (ninguno de ellos en español), observamos un gran vacío tanto en la descripción de las técnicas como de las propias aplicaciones. Debido a ello y dada mi pasión por la enseñanza, es cuando decidimos elaborar un manual, con un lenguaje dirigido a los fisioterapeutas, en el que se explicasen de forma protocolizada las distintas técnicas de aplicación, la tensión de las tiras, la colocación del paciente, etc. Siempre siguiendo los principios de la técnica descritos por Kenzo Case, pero con el propósito de establecer las bases y técnicas de aplicación de una manera rigurosa. De hecho, uno de nuestros objetivos fue explicar cómo medir el estado de pretensión de las vendas y cómo determinar la tensión adecuada para su correcta aplicación, dado que considerábamos que este era uno de los puntos débiles del *Kinesiotaping*: cada marca (e incluso color) viene con un estado de pretensión y de elasticidad.

Pasaron los años y tuve que abandonar la fisioterapia asistencial para ocuparme a tiempo completo en la docencia y la investigación. Así, a pesar de dejar de utilizar el *Kinesiotaping*, he estado siguiendo su evolución en la literatura científica. A día de hoy, la mayoría de estudios no demuestran ningún beneficio derivado de su aplicación, y las revisiones sistemáticas más recientes desaconsejan su uso. El KT es poco efectivo



El *Kinesiotaping* constituye un ejemplo claro de intervención con un potente efecto placebo demostrado... es una técnica que tiene buena aceptación por parte de los pacientes, indolora, no agresiva, y fácil de aplicar



en el tratamiento de la mayoría de lesiones musculoesqueléticas, y existe muy poca evidencia de que algunos de los principales efectos que se le atribuían sean ciertos (la mejora de la fuerza muscular, o mejoras en la propiocepción o en el rendimiento deportivo).

Sin embargo, existen ámbitos de aplicación donde el *Kinesiotaping* sí ha demostrado ser efectivo. En la actualidad, algunas evidencias apoyan su uso en pacientes neurológicos o pediátricos, así como en algunas afecciones musculoesqueléticas. Disminución del edema post-cirugía, disminución del dolor tras un latigazo cervical o en la artrosis de rodilla, aumento del espacio acromio humeral, o mejora en el patrón de marcha en pacientes con pie caído tras un ictus, son los principales atributos demostrados. Aunque la mayoría de estos estudios son de baja calidad metodológica y carecen de grupo control con el que comparar los efectos. Además, hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos la evidencia ha demostrado que el KT ha resultado ser similar o solo ligeramente superior a otras intervenciones, y ninguno de los efectos se mantiene a largo plazo, por lo que no representa una razón para ser la principal elección de tratamiento. Por ello, los diversos autores que defienden su uso postulan que los vendajes deberían ser considerados como una técnica coadyuvante o complementaria.

Pero, después de todo lo expuesto, os podréis preguntar por qué hay pacientes que suelen referir mejorías con el uso del *Kinesiotaping*, tal y como nos pasaba con los deportistas que tratábamos. El efecto placebo podría ser una posible explicación. Durante los últimos años como investigadora, me he centrado en el estudio del dolor crónico. En el tratamiento del dolor, el efecto pla-



cebo se ha estudiado ampliamente y se ha observado que es capaz de actuar a diferentes niveles en el procesamiento y modulación del dolor. Considero que todos los fisioterapeutas deberíamos conocer los efectos del placebo y utilizarlos a nuestro favor en el abordaje de los pacientes con dolor. El efecto placebo es común a toda intervención, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y se deriva del contexto del encuentro entre el terapeuta y el paciente. La relación terapeuta-paciente, el entorno clínico, las expectativas del paciente, sus creencias, las observaciones de efectos positivos, el lenguaje verbal y no verbal del terapeuta, sus comportamientos entusiastas o pesimistas, e incluso su reputación o apariencia profesional, son capaces de modificar los resultados de las intervenciones.

El *Kinesiotaping* constituye un ejemplo claro de intervención con un potente efecto placebo demostrado. Todos coincidiremos en que el KT es una técnica que tiene buena aceptación por parte de los pacientes, indolora, no agresiva, y fácil de aplicar. Si el fisioterapeuta además proporciona la idea de que el *Kinesiotaping* será capaz de inducir cambios en el estado del paciente, ya que ha mostrado mejorar el dolor y discapacidad en otros sujetos, modificará las expectativas del sujeto en favor de su recuperación. Además, que los pacientes vean a deportistas de élite compitiendo con él podría influenciar sus creencias, reforzadas por la concepción de que son los deportistas profesionales los que tienen acceso a los mejores recursos en materia de salud.

Por todo lo expuesto y como conclusión, considero que en la actualidad el *Kinesiotaping* es una herramienta con muy poca evidencia científica y, por tanto, a día de hoy, desaconsejaría su uso.

# Vendaje compresivo en el tratamiento del linfedema



## Blanca Pardo Sievers

Colegiada 162  
Fisioterapeuta en la Clínica Quirón de Valencia  
y en el Hospital Clínico Universitario de Valencia

“ El vendaje linfológico es aplicado después de realizar el drenaje linfático manual, con el objetivo de mantener el efecto descongestivo ”

El tratamiento de los trastornos circulatorios, tanto del sistema linfático como venoso, ha sido estudiado durante siglos. Existen datos históricos, que se remontan a la Edad Media, sobre investigaciones en la patología vascular que relatan cómo el cirujano francés Guy de Chaliac (1300) realizaba vendajes compresivos en pacientes con úlceras varicosas, interponiendo placas de plomo en el vendaje. Fabrizio D' Acquapendente (1537-1619) empleó pieles de animales para la compresión y Unna (1885) introdujo un sistema de compresión constituido por vendas inelásticas de gasa impregnada en óxido de zinc. Sin embargo, el concepto de vendaje compresivo que aplicamos hoy día lo desarrolló Heinrich Fischer a partir de estudios de la profilaxis tromboembólica en pacientes con encamamiento prolongado post-parto o por intervención quirúrgica (1910).

El tratamiento compresivo es un tratamiento conservador y eficaz para la mayoría de patologías linfático-venosas, mejorando el edema, el estado de los tejidos y los síntomas de pesadez y tirantez. Fue consensuado en 2020 por la Sociedad Internacional de Linfología (ISL) como enfermedad crónica y se caracteriza por la presencia de edema rico en proteínas, un factor condicionante en la evolución de la enfermedad y en el éxito del tratamiento.

La terapia física descongestiva se considera *gold estándar* en el tratamiento conservador y comprende dos fases. En la primera fase, cuyo objetivo es descongestionar la extremidad afectada reduciendo el volumen y reblandeciendo la fibrosis, el vendaje linfológico adquiere especial importancia ya que debe ser mantenido entre sesión y sesión de tratamiento, y es aplicado después de realizar el drenaje linfático manual, con el principal objetivo de mantener el efecto descongestivo, así como de favorecer el retorno de las proteínas hacia el sistema circulatorio. Es aquí donde fallan muchos de los tratamientos fisioterápicos dado que es necesaria la cooperación del paciente para mantener el vendaje colocado entre las sesiones de tratamiento. Este vendaje compresivo se denomina también vendaje multicapa y se aplica con vendas de baja elasticidad al tener una presión baja de reposo y una presión alta de trabajo, lo que significa que durante la actividad física se crearán picos de presión con efecto sobre el flujo linfático subfascial.

La terapia compresiva a través de vendajes de corta extensibilidad se fundamenta en la ley de Laplace, que establece que la presión ejercida sobre una estructura circular es directamente proporcional a la tensión externa aplicada e inversamente proporcional al radio de curvatura de la estructura. Es decir, esa presión ejercida es la presión de compresión y es una variable dependiente de las características del material de soporte y también de la estructura de la superficie sobre la que actúa. En las extremidades superiores o inferiores que no son cilíndricas, la presión ejercida será diferente en función del radio del sector, siendo mayor en zonas distales (mano, muñeca, tobillo) con respecto al brazo o muslo.

Entre los efectos beneficiosos de las vendas de compresión sobre la circulación linfática están, en primer lugar, la reducción de la velocidad de la ultrafiltración. Al aplicar una fuerza externa (el vendaje) se reduce la presión de la ultrafiltración efectiva, se acumula menos líquido y de ese modo, se favorece la reabsorción en los capilares linfáticos y sanguíneos.

El vendaje mejora la eficiencia de la bomba muscular ya que la linfa es impulsada a lo largo de los vasos linfáticos por la actividad muscular, por contracción propia de los vasos linfáticos, por los movimientos del diafragma durante la respiración, o por las presiones negativas en el tórax durante el movimiento respiratorio. Durante la contracción muscular, tanto el sistema venoso como el linfático, impulsan los líquidos hacia el corazón, aumentando la actividad de los linfangiones y una descompresión de ambos sistemas. Otro efecto beneficioso es el ablandamiento de tejido conjuntivo y fibrótico, al añadir otros materiales acolchados (piezas de goma espuma o látex) que aumentan la presión en la zona a tratar.

Otro de los beneficios del vendaje compresivo sobre el sistema venoso es la disminución del lumen de las venas, que de esta forma mejora la incompetencia valvular al ejercer una profilaxis de trombosis venosa, aumentando el flujo circulatorio en el sistema venoso y disminuyendo de estancamiento de sangre al limitar el volumen circulatorio en la extremidad comprimida.

La terapia compresiva aborda no sólo el tratamiento del linfedema primario o secundario sino también otras patologías: lipedema, edemas postraumáticos y postquirúrgicos, insuficiencia venosa crónica (IVC), síndrome de congestión artrogénico o tratamiento de úlceras varicosas. Este tipo de vendaje favorece la aceleración del flujo venoso, reduce la hipertensión venosa, mejora la función de bombeo venosa y arterial y reduce citoquinas proinflamatorias. No debemos olvidar que la reducción de sangre periférica circulante se acompaña de



un aumento del volumen cardíaco por minuto; por ello, es necesario que quede descartada cualquier patología cardíaca previamente dado que estaría contraindicada su aplicación.

Al iniciar el tratamiento compresivo por primera vez, debemos tener en cuenta el estado general del paciente, sus antecedentes e historia clínica así como valorar posibles contraindicaciones. Se valorará y educará al paciente en los cuidados higiénicos de la piel y uñas con el objetivo de prevenir el desarrollo de posibles infecciones bacterianas o micóticas evitando de esta forma complicaciones (celulitis o linfangitis) al cuadro clínico inicial. Cuando se realiza el vendaje por primera vez en el paciente con linfedema, se debe realizar aplicando compresión de forma gradual para favorecer la adaptación del paciente a esa presión, evitando además el uso de todos los materiales o vendas en la primera sesión. Es recomendable que el aspecto proximal de la extremidad afectada esté libre de congestión previamente a la aplicación completa del vendaje, que no debe provocar molestias ni restricciones en el rango articular. Debemos educar al paciente para que, en caso de advertir alteraciones del color de la piel, sea capaz de retirar el vendaje y guardar el material para la siguiente sesión. Sin embargo, en el tratamiento de pacientes con insuficiencia venosa crónica, es necesario completar el vendaje de la totalidad del miembro desde el primer día de tratamiento para que sea eficaz.

Al ser este vendaje de presión decreciente, debemos iniciar siempre el vendaje en el aspecto distal del miembro aunque los dedos no presenten edema. El vendaje compresivo está contraindicado en presencia de neuropatías o alteraciones de la microcirculación, debiendo evitar zonas de presión con un buen acolchamiento de prominencias óseas o más delgadas. El vendaje debe permitir la movilidad funcional de las articulaciones y no debe desprenderse o resbalar durante el movimiento. Puede combinarse con otras técnicas fisioterápicas como es el vendaje neuromuscular, ondas de choque u otros tratamientos físicos.

# El vendaje en espiga y sus diferentes formas de uso



## Claudia Zilkens

Colegiada 3346  
Fisioterapeuta autónoma

El vendaje en espiga es un vendaje que se utiliza sobre todo como parte del tratamiento del linfedema, aunque tiene más usos.

### Indicaciones

En consulta es de aplicación no solamente a pacientes con problemas linfáticos, sino también a pacientes con lesiones musculoesqueléticas. Estas lesiones están acompañadas por una hinchazón o un hematoma a raíz de la lesión. Un ejemplo fácil de identificar sería el esguince de tobillo.

También estaría indicado su uso en lesiones en las que queremos evitar movimientos hasta final de rango, pero sin necesidad de inmovilizar al paciente por completo, ya que la inmovilización completa trae unos efectos secundarios no deseados que retrasan innecesariamente la recuperación del paciente. Dichos efectos secundarios serían la atrofia muscular y la anquilosis articular.

El vendaje en espiga con las vendas compresivas se puede realizar, además, al poco de haberse producido una lesión. Junto con el drenaje linfático es una de las pocas técnicas fisioterápicas que se pueden aplicar incluso al día siguiente de contraer una lesión musculoesquelética.

### Uso y aplicación

Se usa en las extremidades superiores e inferiores después del drenaje linfático manual como parte de la Terapia Descongestiva Compleja (TDC). Es parecido al vendaje circular, solo que en el movimiento de vendaje se va retrocediendo de tal manera que la venda se sobrepone formando una cruz.

Se aplica de tal manera que la presión sobre la extremidad vendada disminuye de distal hacia proximal para aumentar su efecto drenante. Dicho efecto aumenta todavía más, si se combina el vendaje con contracciones musculares.



### Procedimiento

Para realizar el vendaje correctamente hay que aplicar primero unas vendas almohadillas, rellenando los huecos que puedan quedar entre venda y piel (p.ej. dorsal de los maléolos del pie) y acolchando también los huecos, de manera que la presión del vendaje esté bien repartida. Debajo de la venda almohadilla se puede aplicar un vendaje tubular más fino, para así evitar picores e irritaciones en la piel. La venda compresiva que se aplica como última capa, es un vendaje linfático especial de algodón que se puede lavar, planchar y reutilizar.

### Ventajas

Empezar con el tratamiento antiinflamatorio al día siguiente de contraer una lesión tiene varias ventajas: cuanto más rápido se reduce la hinchazón, más rápido se recupera el tejido. Además con el vendaje en espiga existe la posibilidad de mover la extremidad afectada, lo que a su vez vuelve a ser ventajoso para la recuperación porque además de aumentar el efecto drenante del vendaje, la musculatura trabaja suavemente. El movimiento de la musculatura ayuda a reducir la atrofia muscular y además le proporciona información al tejido lesionado. La articulación se mueve dentro de un rango limitado sin bloquearlo del todo. También ayuda a mantener los cambios neurofisiológicos a niveles mínimos.

Frente al vendaje funcional con *tape* rígido, el vendaje en espiga tiene las ventajas de promover la circulación en lugar de retenerla, de permitir movimiento y conseguir ese efecto drenante que buscamos para desinflamar el tejido, y de no lesionar la piel en su proceso de retirada.



El vendaje en espiga no solo se aplica a pacientes con problemas linfáticos, sino también a pacientes con lesiones musculoesqueléticas y con lesiones en las que queremos evitar movimientos hasta final de rango



Quizá en un futuro la medicina traumatológica se atreva a aplicar el vendaje en espiga en fracturas en vez de aplicar férulas rígidas. Sin duda sería más cómodo para el paciente, ya que, la férula de yeso muchas veces provoca efectos secundarios como dolor por roce e incluso úlceras. Además la inmovilización completa aumenta la probabilidad de aparición de trombos. A los fisioterapeutas nos permitiría empezar con la rehabilitación mucho antes. En este caso estaría indicado mover las articulaciones estables que rodean la fractura, sin provocar dolor, además de técnicas antiinflamatorias.

## Ortesis y vendajes



### Luis Ramón Molla

Colegiado 313 del Colegio Profesional de Técnicos Superiores Sanitarios (COPTESSCV)  
 Técnico Ortopédico de Bauerfeind Ibérica S.A  
 CEO Ortopedia Molla Xàtiva

Tradicionalmente se han utilizado los vendajes como tratamiento en lesiones de ligamentos y músculos, siendo muy efectivos y reduciendo el tiempo de recuperación del paciente.

En 1979 el profesor Hess, médico de la selección Alemana y asesor científico de Bauerfeind, observó que en Inglaterra se trataban las lesiones de rodilla aplicando una venda elástica junto con una almohadilla de espuma rodeando la rótula, que el edema desaparecía más rápidamente y que la recuperación del jugador era más temprana.

Aprovechando la tecnología del tejido plano diseñó una ortesis de rodilla con almohadilla de silicona adaptada y así nació el primer producto Genu-train.

#### Ventajas de la ortesis

Las ortesis y los vendajes son compatibles y complementarios. El fisioterapeuta realiza un vendaje en un primer momento ya que este es inmediato y personalizado y después busca la ortesis que realice la misma función y que le aporte las ventajas que suelen tener:

- La ortesis se puede quitar fácilmente para la higiene diaria así como para revisar y realizar otros tratamientos en la articulación afectada.
- La piel no es sometida a ningún adhesivo.
- Se pueden añadir elementos funcionales como articulaciones o varillas estabilizadoras.
- Gracias al tejido plano se aplica una compresión constante y determinada CCL2 (23-32 mmHg), esta compresión junto con las inserciones de silicona proporcionan un masaje intermitente que mejora la propiocepción y reduce el edema.
- El tejido plano permite limitar la elasticidad de la ortesis en algún sentido así como añadir o quitar mallas en zonas en las que queramos aplicar más o menos compresión.
- Se adaptan bien a la reducción del volumen conforme este baja después de la lesión.



La opinión del fisioterapeuta es muy importante a la hora de elegir o fabricar una ortesis ya que este conoce a la perfección las patologías y sabe qué efecto es el que necesita que proporcione





### Asesoramiento y a medida

Normalmente el paciente acude a la ortopedia después del diagnóstico y con una prescripción ortopédica (en muchas comunidades están financiadas total o parcialmente). El técnico junto con el especialista y el fisioterapeuta deciden cuál es la mejor ortesis para el paciente, se toman las medidas necesarias y se determina si el producto será prefabricado o se tiene que hacer a medida. Este es uno de los puntos más importantes ya que dependiendo de las medidas del paciente así como del efecto que busquemos podremos adaptar una ortesis u otra. En caso de ser necesario se fabricará a medida.

Tras una prueba, la ortesis se entrega al paciente junto con las instrucciones de uso y mantenimiento.

El paciente suele acudir a revisión cada 6 meses o antes en caso de molestia o adaptación incorrecta.

La opinión del fisioterapeuta es muy importante a la hora de elegir o fabricar una ortesis ya que este conoce a la perfección las patologías y sabe qué efecto es el que necesita que le proporcione.

Es necesario realizar un seguimiento ya que muchas ortesis suelen ser multifuncionales, es decir, se pueden añadir o retirar elementos dependiendo de la evolución del paciente.

La eficacia de los vendajes y las ortesis es muy similar como demuestran varios artículos y estudios (al final del artículo se detallan algunos).

### Innovación en ortesis

Actualmente se está trabajando mucho en nuevos materiales para la fabricación de las ortesis, así como en nuevos diseños que las hacen más efectivas, estéticas y fáciles de usar.

El prototipado rápido así como la aparición de nuevos materiales está permitiendo la fabricación de ortesis a medida en un tiempo mucho más corto.

En las ortesis de tobillo las principales novedades son ortesis mixtas que combinan tejido con inserciones de silicona y aditamentos en termoplástico para una inmovilización selectiva.

En las ortesis de rodilla una de las patologías en las que más se está innovando es la osteoartritis diseñando ortesis que mediante sistemas de tracción sean capaces de realinear la articulación para descargar el compartimento afectado.

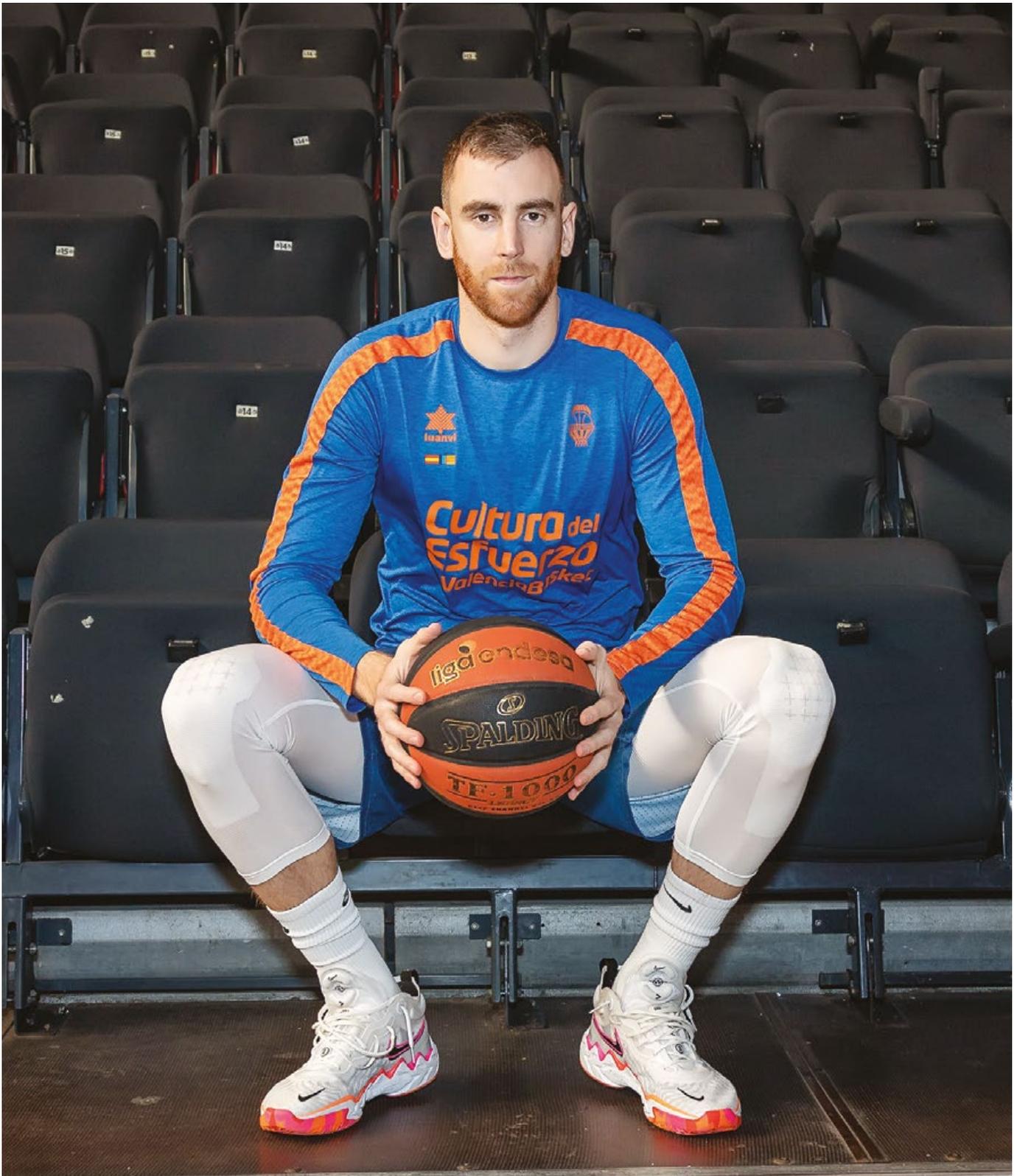


### ARTÍCULOS Y ESTUDIOS EFICACIA VENDAJES Y ORTESIS:

1. Ernesto Herrera Pedroviejo. Análisis de la eficacia de un vendaje funcional y una ortesis de tobillo en jugadores de baloncesto. doi: [org/10.24175/sbd.2018.000020](https://doi.org/10.24175/sbd.2018.000020).
2. Schween R, Gehring D, Gollhofer A (2015); *Immediate Effects of an Elastic Knee Sleeve on Frontal Plane Gait Biomechanics in Knee Osteoarthritis*. PLOS | one 10(1): e0115782. doi:10.1371/journal.pone.0115782
3. Blandfort R, Hess H, Lippay F; *Die MalleoTrain – Bandage im klinischen Grosversuch Sportverl, Sporschaden*, Vol.5, S. 42-44, 1991
4. Gehring, D., Munch, M., Gollhofer A. Laborstudie: *Nachweis von antisupinatorischen Effekten von Orthesen innerhalb des Verletzungsmechanismus Orthopadieschuhtechnik\_10\_26-29\_2018*
5. Lardenoye, S., Theunissen, Ed., Cleffken, B., Brink, P., R., G., de Bie, R., A., Poeze, M.: *The effect of taping versus semi-rigid bracing on patient outcome and satisfaction in ankle sprains: a prospective, randomized controlled trial* BMC Musculoskeletal Disorders 2012, 13:8; <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/81>

# La veu del pacient

## Víctor Claver



El conocido alero valenciano ha estado ligado al mundo del básquet desde muy pequeño. Víctor Claver Arocas comenzó jugando en el Colegio Hermanos Maristas de Valencia donde estudiaba y más tardé pasó a formar parte de las categorías inferiores del entonces Pamesa Valencia hasta que en la temporada 2006-2007, con 18 años, debutó con el primer equipo. Su progresión le llevó a ser el primer y único jugador de la Comunidad Valenciana en disputar la mejor liga del mundo del básquet, la NBA, donde comenzó en la temporada 2012-13 con la camiseta de los *Portland Trail Blazers*. Tras ello estuvo en dos equipos rusos y en el F.C. Barcelona hasta que en 2021 vuelve a su casa, el Valencia Basket. El reciente campeón del mundo con España, cuenta con una dilatada trayectoria profesional no exenta de importantes lesiones en las que la fisioterapia ha sido esencial para su recuperación permitiéndole, una y otra vez, regresar a la cancha.

**Acaba de recuperarse de una lesión que le ha mantenido 4 meses fuera de la pista, un esguince mediotarsiano en el pie izquierdo. ¿Cómo ha sido el trabajo de rehabilitación?**

Desde el principio mucha masoterapia porque notaba la zona muy rígida, trabajo de movilidad tanto del pie como del tobillo, que también se vio afectado en la lesión, y también calor, sobre todo, cuando empecé a hacer impacto para preparar la articulación, y trabajo de gimnasio...Ha sido un periodo duro. Parecía que iba a costar menos tiempo pero luego vimos que pasaban los días y no mejoraba; mentalmente no fue un momento fácil pero una vez tuvimos claro el tratamiento me quedé más tranquilo, confiando en que la recuperación iba a ser buena.

**¿Qué significa para usted la figura del fisioterapeuta?**

El fisioterapeuta es un profesional muy importante dentro del equipo. Por lo general, su labor no se suele ver pero para los jugadores son esenciales porque nos ayudan en el día a día a prepararnos para los entrenamientos, para los partidos y para el post, para descargar, en el caso de que haya una lesión... Es con quién pasamos más horas, por eso es muy importante tener confianza con él, para sentirnos a gusto y creer en lo que hace.



Con el fisioterapeuta siempre hay una relación más personal, de confianza, de lo que puedes tener con otras figuras del *staff* como el médico o el entrenador... Son los confidentes de los jugadores.



El vendaje es una herramienta de trabajo que nos permite fijar las articulaciones que más sufren, los tobillos... Creo que es más efectivo tras una lesión que como hábito pero cuando te acostumbras es difícil dejar de vendarte.



### ¿Cómo es su relación con sus fisioterapeutas?

Siempre hay una relación más íntima, personal, de confianza de lo que puedes tener con otras figuras del *staff* como el médico o el entrenador. Es lógico. Los fisioterapeutas son los confidentes de los jugadores. Cuando acabas un partido es la primera persona con la que hablas, a parte de con tus compañeros, y por lo general ellos tienen que entender la situación mental del jugador, si estás agotado porque has jugado mucho o si vas a camilla enfadado porque no has jugado... Compartimos muchas horas con ellos, más cuando estás lesionado. Yo, por ejemplo, en estos últimos meses que he estado lesionado he tenido más trato con los fisioterapeutas que con los compañeros.

### ¿Cree que es una figura importante en el deporte *amateur*?

Sí claro. En mi círculo, tanto los miembros de mi familia como los amigos que practican deporte también necesitan un fisioterapeuta de vez en cuando, no en el día a día como nosotros pero creo que la fisioterapia es fundamental para sentirte bien y para prevenir.

### Nuestro compañero Pablo Martínez le ha vendido los tobillos antes del entrenamiento. ¿Cómo valora el vendaje?, ¿cree que es efectivo?

El vendaje es una herramienta de trabajo que nos permite fijar las articulaciones que más sufren, que en el baloncesto son los tobillos, por ello, muchos jugadores se vendan para entrenar y para jugar. En mi caso, tras la lesión lo estoy usando porque me da seguridad, noto ese refuerzo en la articulación cuando estoy en la pista. De hecho, creo que es más efectivo después de una lesión que hacerlo como hábito pero sí es verdad que, una vez te acostumbras, es difícil dejar de vendarte.

### ¿Cuál es la lesión más grave que ha sufrido hasta el momento?

Por plazos, una fractura del menisco externo de la rodilla y una del maléolo tibial, han sido las dos cirugías más importantes que he sufrido. Después, a lo largo de la carrera he padecido otras lesiones menos graves pero no menos importantes para mí por la mayor incertidumbre en cuanto a cuándo y cómo me iba a recuperar, esto a veces es lo peor...





“

El fisioterapeuta es un profesional muy importante dentro del equipo. Por lo general, su labor no se suele ver pero para los jugadores son esenciales.

”

### ¿Pasa por las manos del ‘fisio’ todos días?

No. Y menos ahora, saliendo de una lesión, creo que ya he cubierto el cupo de camilla por un tiempo –se ríe-. Hay compañeros que sí necesitan tratamiento cada día, uno soltar gemelos, otro isquios, etc. Yo si tengo algún problema o tras muchos partidos o entrenamientos de carga seguidos sí pero no soy de los que acaban y pasan a diario.

### Ha jugado en EEUU y en Rusia. ¿Hay diferencias en cuanto a la fisioterapia con respecto a España?

En Rusia la dinámica de los equipos en este ámbito es parecida a España. En Estados Unidos se trabaja más con máquinas y menos con terapia manual. Además, allí es todo más individualizado, hay jugadores que tienen su propio equipo de confianza de fisioterapeuta, preparador físico, etc. por lo que la Fisioterapia con el equipo se centra más en la preparación de los entrenamientos, movilidad articular, hielo...

### ¿Qué destaca de su paso por la NBA y por Rusia?

Estados Unidos fue cumplir un sueño, una gran experiencia profesional. Me hubiese gustado que fuera más larga pero no pudo ser, aún así lo disfruté mucho, me sirvió para aprender de los mejores, tanto en lo que se refiere al día a día con el equipo como a todo lo que pasa alrededor. Y Rusia a nivel deportivo me fue muy bien pero a nivel personal vivir en un país tan diferente al nuestro es complicado...

### ¿Como ha sido la vuelta a Valencia?

Muy bien, tenía ganas, me hacía mucha ilusión volver a casa. Además, con la motivación de seguir ayudando al equipo, de contribuir con toda la experiencia que he recogido todos estos años, de aportar mi granito de arena al club.

### ¿Cuáles son sus objetivos más inmediatos?

Tengo un par de años más de contrato por delante y mi objetivo es que el equipo siga creciendo y, por qué no, ganar algún título más. Esta temporada intentar luchar por los títulos que nos quedan, la Eurocup y la Liga Endesa. Y también, creo que el Valencia es uno de los mejores pero hay que demostrarlo, hay que intentar volver a jugar la Euroliga, algo que podemos conseguir.

# De vendajes y competencias



## José A. Polo Traverso

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

La culpa la tengo yo por preferir la clasificación concisa de los elementos que componen un conjunto frente a la directriz laxa de las líneas que delimiten tales elementos; debe ser porque en Segundo de B.U.P. elegí Ciencias en vez de Letras. ¿Que no sabe usted lo que es el B.U.P? Haga una pausa y pregúnteselo a su padre o a su madre que seguro que ellos sí lo saben. En fin, como les iba diciendo, esa división clara y concisa que me gusta hoy tanto como me gustaba ayer resulta tremendamente útil para delimitar, por ejemplo, propiedades inmobiliarias (consulte los planos querido vecino, aquí termina su jardín y comienza el mío), demarcaciones territoriales (esto de aquí es España *Monsieur* Napoleón, tenga la bondad de regresar al otro lado de la frontera *tout suite*), leyes del movimiento newtonianas (la aceleración angular es directamente proporcional al par neto e inversamente proporcional a la inercia rotacional) o elementos anatómicos (el diafragma separa el peritoneo de la cavidad torácica). ¿Mucho mejor así, no les parece? Elementos de un conjunto separados por un trazo firme. Todos contentos.

Habrán advertido que este número de FAD está dedicado a los vendajes en Fisioterapia y que los protagonistas que se asoman a ella son expertos en la prescripción y construcción de vendajes, muy especializados para cada lesión o enfermedad. La división entre el vendaje dirigido a reducir linfedema por parte de mi amiga y compañera de promoción Blanca Pardo es distinto al vendaje de soporte articular en el ámbito deportivo de Jordan Sospedra por poner un ejemplo: ambos tienen objetivos distintos, se construyen de forma muy distinta y tienen distintos niveles de efectividad. Todo chachi piruli hasta que hablamos de *competencias* sanitarias; en esos casos las líneas se vuelven confusas, difuminadas en matices de gris, turbias como las que separan *ineficacia de incompetencia*. Por ello, a medida que elaboraba este artículo y me quedaba sin Tullamore Dew me preguntaba, ¿quién tiene competencias para construir un vendaje deportivo, un fisioterapeuta o un preparador físico? Porque vamos a ver, ¿es lo mismo que una enfermera o una fisioterapeuta construyan, por ejemplo, un vendaje reductor de linfedema? ¿Damos por bueno un vendaje funcional al tobillo de un futbolista tanto si lo completa un fisioterapeuta o un preparador físico? Y en el caso del futbolista lesionado, ¿lo daremos por bueno dependiendo del grado formativo que posean el 'físio' y el preparador, del éxito obtenido, de la nebulosa separación de sus competencias profesionales o de los goles que marque el Recreativo Onubense de aquí a Navidad? La cosa se complica un poco más cuando para un diagnóstico específico el *sufriente* (término que me acabo de inventar y que espero les guste) puede llegar a recibir el mismo vendaje y aplicado con la misma técnica de manos de un fisioterapeuta, un enfermero, un preparador físico o un facultativo especializado en medicina deportiva o rehabilitación. Tras consultar el asunto

con Santiago Sevilla, el eficiente y muy amable asesor legal de nuestro Colegio, he llegado a entender parte del *saine-te*, pero aun así esas líneas divisorias se resisten a que mi pobre raciocinio las asimile. Tal vez se deba a la naturaleza intrínseca de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias 44/2003 que regula la propia definición de Fisioterapia en su artículo 7.2.B; lectura muy recomendable para que usted, lector curioso, se empape de qué competencias profesionales tiene un fisioterapeuta en España y de paso agarre una cefalea hemicraneal como la copa de un pino. Para ir al grano, lector de mis entretelas, parece ser que lo importante a la hora de analizar quién debe calzarle un vendaje al prójimo se basa en que se diagnostique o no una *patología* en el sufriente y en analizar si la *finalidad* de ese vendaje está dirigida a su recuperación funcional o rehabilitación porque, de ser así, el sufriente pasa a llamarse a partir de entonces *paciente* y su tratamiento a caer directamente dentro de las competencias de profesionales sanitarios. Aparentemente, no existe una ley específica que regule el vendaje en España y es la finalidad, la *intención terapéutica* de ese vendaje, la que demarca competencias entre profesionales sanitarios. De esta forma, si la aplicación del vendaje tiene como finalidad la recuperación y rehabilitación de una disfunción o discapacidad somática así como la prevención de las mismas, el vendaje sería competencia del fisioterapeuta aunque ello no quiere decir que lo sea con carácter exclusivo y excluyente de posibles intervenciones de otros personajes sanitarios. Ni sí ni no sino todo lo contrario, como dibujar el meridiano de Greenwich en el mar. Para rizar el rizo, el artículo 7.2 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias parece indicar que podría haber competencias compartidas entre distintos profesionales sanitarios y que habría que analizar caso por caso el peso de una profesión sobre otra según la finalidad principal del vendaje. Lo dejo ahí por si alguien quiere meterle mano.

Visto lo visto, soy de la opinión de que el vendaje aplicado a un *paciente* con una clara *intención terapéutica* compete directamente al profesional sanitario y mayormente al fisioterapeuta. Si la intención de ese vendaje carece de elementos terapéuticos suficientes para ser asignada al fisioterapeuta podría llegar a competir a otras profesiones sanitarias e, incluso, no sanitarias dependiendo del ámbito donde se produzca la lesión. Para darle a usted un poco de perspectiva internacional le confiaré que, en Estados Unidos, donde para bien o para mal me establecí hace más de un cuarto de siglo, las competencias entre profesionales sanitarios en materia de atención al prójimo que se lesiona dependen y mucho del ámbito en el que se produzca, así como de dónde se produzca y de la gravedad de la lesión. Me explico: si el *sufriente* es un alumno de escuela y se lesiona la rodilla durante una clase de educación física en esa escuela, será la enfermera



A la izquierda, como momias, más o menos así salíamos los alumnos del taller de vendajes de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de Valencia a finales de los 80. No dábamos miedo, dábamos pena... A la derecha, los *trolls* de 1930 se lo pasaban pipa haciendo creer al respetable que una línea sobre el mar limitaba los hemisferio Norte y Sur. Ingenuos, como si todo el mundo no supiera que la línea del ecuador no puede verse en la superficie del mar porque está pintada en el fondo marino. Fotos: [elderscrolls.fandom.com](https://elderscrolls.fandom.com) y <https://wannajoke.com>

de la escuela la que le endiñe un vendaje al alumno de ser necesario y no el profesor de educación física quien no posee las competencias sanitarias indispensables; si el mismo alumno se lesiona la rodilla durante un partido de fútbol será la responsabilidad del *athletic trainer* de la escuela (figura similar a un preparador físico) construir un vendaje generalmente a pie de pista y no de la enfermería; si el *athletic trainer* considera que la lesión requiere examen en profundidad lo enviará a urgencias y, probablemente, de allí al 'trauma' o al 'físio' quien, de ser necesario, le vendará la rodilla a su *paciente* como mejor le parezca. Esta división de competencias se basa en la cantidad de responsabilidad legal que cada uno tenga por el mero hecho de poseer una licencia profesional en el ámbito de la salud. De la misma forma, el profesional sanitario estadounidense está sujeto a la responsabilidad civil que le otorga la *cantidad* de conocimiento que se supone debe poseer; a más conocimiento, mayor grado de responsabilidad civil y penal. Me explico: si un *athletic trainer* y un doctor en Fisioterapia aplican un vendaje deportivo y el atleta sufre daño físico a consecuencia de su mala praxis, el fisioterapeuta estará sujeto a una responsabilidad legal mayor que la del *athletic trainer* porque el 'físio' posee un mayor grado de conocimiento académico y, como consecuencia, se le juzgará con un baremo de exigencia más alto.

Para finalizar un consejo a ti, querido y recién egresado en Fisioterapia: cuanto más sepas del asunto que te traes entre manos, cuanto mayor tu grado de conocimiento, mayor el marrón que te puedes comer si metes la gamba hasta la bolsa de las palomitas porque tu responsabilidad legal y obligación profesional son, en consecuencia, mayores y para estos asuntos la línea divisoria suele ser nítida. Para lo bueno y para lo malo.

# Vendar o no vendar... ¡esa es la cuestión!



## José Ángel González

Colegiado 2381

Director de *Fisioterapia al Día*

Fisioterapeuta Centro Salud Picassent y Profesor en CEU UCH

No crean que simplemente parafraseo a Shakespeare, no solo eso: con este sugerente epígrafe juego con el título de un reciente artículo<sup>1</sup> divulgativo estadounidense publicado en la web del *Nationwide Children's Hospital de Columbus* (estado de Ohio), alusivo al dilema que se plantea actualmente, dentro de la medicina deportiva, entre la opción de aplicar vendas u otras alternativas cuando, por ejemplo, un paciente sufre el consabido esguince de tobillo.

No obstante, al margen de que un clínico opte por una u otra técnica, la importancia del vendaje tanto en el pasado como en el presente queda fuera de toda duda... El dilema quizás estribe en qué destino futuro tendrá el uso de las vendas (y sus variaciones) para la Medicina y la Fisioterapia del mañana.

Pero, ¿qué tal si comenzamos por precisar el origen de las vendas y del vendaje como herramientas profilácticas y terapéuticas?

Etimológicamente, **venda** procede de dos lenguas indoeuropeas: del germánico **binda**, y del gótico **gabinda**, ambas significando **atadura**. Curiosamente, no procede del latín, como muchas personas supondrían... Lo que sí resulta muy significativo es su significado "limitante", de atadura...

Siendo este un artículo divulgativo encuadrado en el volumen monográfico que FAD dedica a los vendajes al servicio de la Fisioterapia, al tiempo que enclavado en la sección que denominamos *Racó històric*, qué menos que ofrecer un pequeño recorrido histórico al respecto a nuestro apreciado "lectorado" (que no electorado... manda huevos la finura lingüística que nos exige este actual y perturbado mundo):

Pues empecemos por el principio...

"Y dijo Dios: Haya luz, y hubo luz"<sup>2</sup> (que debió ser enorme, por ello sospecho que nuestro Demiurgo, ya en el Génesis, llevaría una gran venda en los ojos...).

<sup>1</sup><https://www.nationwidechildrens.org/specialties/sports-medicine/sports-medicine-articles/to-tape-or-to-brace-is-that-the-question>

<sup>2</sup>Génesis. En: *La Biblia*. Madrid, Ed. Casa de la Biblia, 1967.

Ironías aparte, sean ustedes o no creyentes, es obvio que la primera venda de la Historia debió portarla algún homínido despistado que diose un buen golpe en sus carnes, o solo un simple raspado cutáneo, de tal forma que improvisara para su propio alivio una apañada protección vegetal (quién sabe si, lejos del autocuidado, se trató realmente de una pionera muestra de cuidados ajenos, vendando la herida del homínido prójimo antes que la suya propia...).

Sin duda, aquellas hojas y ramas irían formando con el paso del tiempo (y el devenir de la Prehistoria a la Historia) el armazón de vendajes y férulas progresivamente más sofisticados.

Dado que los restos arqueológicos son, por su propia naturaleza, harto difíciles de conservar, qué mejor referente visual que acudir a la cinematografía actual, rica en emociones y espectacularidad (no es "coña", lo digo con convicción, pese al creciente exceso de cromas y efectos especiales).

Así, permitan recomiendo para tal fin dos impresionantes películas relativamente recientes, **Alpha**<sup>3</sup> y **Apocalipto**<sup>4</sup>, situadas en época prehistórica y protohistórica, respectivamente. En ambas cintas, magníficamente recreadas, aparecen sendas escenas de auto-vendaje realizado por un ser humano "primitivo": en *Alpha*, el protagonista tiene que "fabricarse" un vendaje-férula para contener e inmovilizar un tobillo traumatizado, mientras que el actor principal de *Apocalipto* improvisa con materia vegetal y en plena persecución (tranquilidad que no estoy haciendo "spoiler") un vendaje para proteger una importante herida.

Llegados a este punto, muchos lectores podrían pensar que estamos mezclando distintos conceptos o enfoques del vendaje... ¡Obviamente, en tiempos remotos el ser humano no distinguiría entre terapia física u otras alternativas médicas!

Y como las vendas han tenido múltiples usos tanto sanitarios como de lo más variopinto (religioso, punitivo, necrológico, fantástico...), para no hacer prolija mi narración, permitan que este híbrido de fisioterapeuta e historiador continúe su relato... ¿qué hay de lo mío, "uséase", de la parte histórica del vendaje fisioterápico?

<sup>3</sup>*Alpha* [película]. Hughes A, director. Estados Unidos: Columbia Pictures 2018.

<sup>4</sup>*Apocalipto* [película]. Gibson M, director. Estados Unidos: Icon Entertainment 2006.

<sup>5</sup>*Irisarri C. Historia de la cirugía. Luces y sombras. SECOT 2020.*



Escenas de la película *Alpha* (2018) en la que apreciamos como el "prehistórico protagonista" de la cinta se las ingenia para hacerse una "férula-vendaje"



Este dedo gordo artificial en el pie de una momia sería la prótesis funcional más antigua del mundo. Fue descubierta en Egipto y pertenecía a una mujer

Pues entrando ya en la Historia (con mayúsculas, sí), todo el mundo conoce sobradamente el afán y la pericia de la ancestral civilización egipcia por vendar "a to quisqui". En efecto, el arte del vendaje fue un hito en Egipto, no solo por la popularmente conocida momificación de sus muertos (tanto personas como animales), sino también por su indudable virtuosismo en la aplicación de inmovilizaciones y elaboración de artilugios a modo de ortesis combinando materiales tan diversos como las vendas, el cuero y la madera. Gracias al clima extremadamente seco de dicho enclave, conservamos varios restos que así lo atestiguan. Asimismo, tenemos constancia de que los antiguos egipcios inmovilizaban las fracturas con cortezas de árbol sujetadas a su vez con vendas de lino empapadas en resina.<sup>5</sup>



Un vendaje épico. Escena del héroe griego Aquiles vendando a Patroclo en una cerámica de aproximadamente 2.500 años de antigüedad

Más detallada si cabe, en el mundo antiguo, es la técnica del vendaje que nos dejan los testimonios gráficos grecorromanos, como bien nos recordaba en su manual de *Historia de la Fisioterapia* nuestro añorado profesor Pepe Meliá, ilustrándonos al respecto con una imagen icónica: la escena de **la Iliada**, representada en una vasija clásica griega, donde el mítico héroe **Aquiles** venda el brazo a su primo Patroclo<sup>6</sup>. Una detallada "foto" de época que bien podría representar el primer *taping* o vendaje funcional de la Historia, como me gusta sugerir a mis alumnos de Fisioterapia, si bien todo apunta a que se trata de un cuidado vendaje en espiga...

Si damos un salto (bastante alto) hacia la Edad Media (esa turbulenta etapa histórica que duró nada menos que un milenio), es obligado aludir a la insigne figura del más notorio médico del Medioevo: **Ibn Sina** o **Avicena** (como lo conocemos en Occidente), pionero en destacados avances clínicos (incluso fisioterápicos) en una época lamentablemente ralentizada para el devenir sanitario... Nuevamente recorro a la cinematografía, invitando al lector a visionar la preciosa película *El médico*, inspirada en la novela homónima de Noah Gordon: una delicia para evocar la práctica médica en aquellos

tiempos, incluidos variados vendajes, donde Avicena es figura clave.<sup>7</sup>

De hecho, Avicena o Ibn Sina "... escribió extensamente sobre todas las ciencias, y su *Canon* (o «norma») de medicina es una de las obras más célebres de la medicina de todos los tiempos... Durante el siglo XVI, los cirujanos de Occidente seguían estudiando esta auténtica enciclopedia del saber médico, que otorga tanta importancia a las técnicas para combatir el dolor (con frío o con esponjas soporíferas) como a las suturas y los vendajes."<sup>8</sup>

Por descontado, a *Ibn Sina* se sumaría todo un elenco de médicos islámicos medievales que brillaron a este respecto, trascendiendo al mundo occidental como acabamos de señalar.

<sup>6</sup>Meliá JF. *Historia de la Fisioterapia*. Valencia: ICOFCV, 2012 (2ª edición).

<sup>7</sup>El médico (2013): *Medicina en la Edad Media*. En: *Rev Med Cine* vol.17 no.2 Salamanca abr./jun. 2021 Epub 17-Mayo-2021. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1885-52102021000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-52102021000200002)

<sup>8</sup>[https://historia.nationalgeographic.com.es/a/medicos-islam\\_8595](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/medicos-islam_8595)

Sin embargo, no será hasta llegar a las etapas moderna y contemporánea, con protagonistas de la Medicina y la Enfermería respectivamente (Ambrosio Paré en el siglo XVI, y Florence Nightingale en el siglo XIX), cuando el vendaje "revolucionaría" la práctica clínica de todos los sanitarios:

"**Ambroise Paré**, padre de la cirugía, fue el primero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes de ellos, desvirtuando el uso de aceite caliente o hierros encendidos para cauterizar dichas lesiones"<sup>9</sup>, que como ustedes habrán visto en reiteradas escenas del cine de época, era lo habitual para salir al paso (el uso de dichos elementos de marras, en vez de una buena y limpia venda).

Por su parte, la insigne **Florence Nightingale** aprovecharía la tesitura de otra innovación tecnológica: aplicar a mansalva a los pobres soldados heridos en la **Guerra de Crimea** (1853-1856) los vendajes de lino o de cáñamo que para tal finalidad comenzó a producir el gobierno británico de entonces. ¡Quién nos diría, en pleno 2022, que la citada península de Crimea volvería a estar tristemente de actualidad por el nuevo conflicto desatado en Ucrania! (Crimea pertenece, o pertenecía hasta la intrusión del "monstruoso Vladimir", a la democracia ucraniana).

Llegados a este punto, me pregunto (y supongo que ustedes también), ¿cómo diantres no se le ocurrió a ningún sanitario antes de Paré, e incluso de Nightingale, abordar el dilema que titula este artículo! ¿A nadie se le ocurrió, hasta más de mil quinientos años después de venir Cristo a ponernos en cintura, aplicar un vendaje "como Dios manda"? Pues manda huevos...

La misma duda nos asalta ante otro "tardío" descubrimiento decimonónico, relacionado con los vendajes: hasta 1839 no tendrá nadie la brillante ocurrencia de aplicar vendajes de yeso, en este caso el francés **Lafargue de St. Emilion**,<sup>10</sup> en traumatismos y fracturas.



Ambroise Paré estableció las bases de la cirugía moderna. Según los expertos, en parte, destacó por su humanidad en una época en la que los tratamientos médicos y la cirugía eran atroces. Foto: [www.bbc.com](http://www.bbc.com)



Florence Nightingale recibiendo a los heridos de la Guerra de Crimea en el hospital militar en Scutari (Turquía). Obra de Jerry Barrett (*National Gallery*, Londres). Al finalizar la guerra, comenzó a ser conocida como "la dama de la lámpara"

<sup>9</sup>Historia de los vendajes y sus aplicaciones durante el tiempo". Disponible en: <https://vendajeterapeutico.com/historia-de-los-vendajes/>

<sup>10</sup><https://history.physio/plaster-of-paris/>

Y llegamos al siglo XX... una centuria que, además de una supuesta "modernidad" y del "estado de bienestar" mundial (conflictos, guerras y revoluciones de por medio), al menos nos trajo la satisfacción, en la mayor parte del planeta, de institucionalizar la profesión de Fisioterapia (los británicos, una vez más, fueron pioneros a finales del XIX). Con ello se fueron desarrollando paralelamente las numerosas técnicas de terapia manual y sus herramientas accesorias, como los vendajes aplicados por fisioterapeutas (gracias, naturalmente, al legado previo de nuestras profesiones matrices: la Medicina y la Enfermería, esto es: la extensa tradición del vendaje en las profesiones sanitarias).

Así, nuestros pioneros (me refiero a nivel mundial, no solo español), precisamente procedentes bien de la Enfermería, bien de la Medicina, comenzaron a manejar, según finalidades, una gran variedad de técnicas de vendaje, tales como correctores, deportivos, funcionales... O también denominados según las patologías: para amputados (donde destacaría el pionero **Oscar Schwidetzky** en 1918), para deformidades infantiles, para linfedemas... Como colofón, no tienen más que echar un vistazo a la diversa terminología del acertado "Glosario del fisioterapeuta" que coordinó hace casi dos décadas mi viejo amigo y compañero, **Pedro Rosado**: vendaje circular, compresivo, elástico, inelástico, mixto, preventivo... ¡variedad por doquier!<sup>11</sup>

Pero, por no hacer más prolija esta disertación, permitan que me centre en las dos grandes modalidades de vendaje aplicado por fisioterapeutas en los últimos tiempos, a caballo entre el dichoso siglo XX (afortunadamente ya concluido) y el actual siglo XXI (inquietante e imprevisible): los vendajes funcionales y los vendajes kinesiológicos, aunque, como bien podrán comprobar en nuestra revista, los expertos nos explican en las presentes páginas muchas más variedades (en espiga, **McConnell**...), además de debatir sobre las dos últimas.

El vendaje funcional, o *taping* (puñeteros anglicismos...), se ha desarrollado enormemente desde y para el contexto de la Fisioterapia deportiva, si bien podemos matizar, como bien precisa uno de sus valedores, el pionero francés Henri Neiger<sup>12</sup>, es de gran utilidad tanto para la traumatología como para la reeducación física.

Lo mismo podríamos argumentar del otro gran protagonista (les guste o no, crean o no en ello): el vendaje kinesiológico o neuromuscular (este último apelativo no le hace mucha gracia a los neurólogos, no...). Desde luego, debemos evitar el bárbaro término "*kinesio-taping*" (bárbaro porque sería un barbarismo, que diría nuestra

amada R.A.E., y más concretamente un anglicismo) ... ¿por qué? Pues al parecer por tratarse de una patente o marca registrada por su supuesto creador: el norteamericano, de origen japonés **Kenzo Kase** (si no, de qué tendría un nombre tan rimbombante, a lo "marca de moto nipona", ¿eh?).



Jenny McConnell en su visita a Valencia en 2015, cuando el equipo de FAD aprovechamos para entrevistarla



En el mundo deportivo es cada vez más habitual ver a fisioterapeutas aplicando vendaje funcional



El doctor Kenzo Kase, además de ser todo un pionero, no tiene abuela...

<sup>11</sup> Rosado P (coord.). *Glosario del fisioterapeuta*. Valencia: Universidad Cardenal Herrera-CEU, 2003.

<sup>12</sup> Neiger H. *Los vendajes funcionales. Aplicaciones en traumatología del deporte y en reeducación*. Barcelona: Masson, 1994.

Tanto el tema “kinesio” como su autoría son bastante polémicos, a la par que dejan jugosos beneficios económicos ¡vivan las modas chulas! (es ironía por mi parte, ojo). Como muestra, un botón:

Si ustedes se toman la molestia de buscar intuitiva y sencillamente con “el señor Google” quién diantres creó el “invento de marras”, se encontrarán con el dilema de que la “señora Wikipedia” se lo atribuye a un tal **Komp** (al menos, se le supone la patente), mientras que la mayoría de resultados de Google te dirigen al entorno del citado señor Kase...

Yo no sé ustedes, pero en cuanto a referencias bibliográficas, me fio más de colegas tan serios como **Lirios Dueñas et alii**,<sup>13</sup> que en la introducción de su práctico manual sobre este tipo de vendajes nos deja a las claras que el “papá” de la criatura no es otro que el doctor Kase, allá por los años setenta (qué maravillosa década, donde el menda lucía de lindo niño con cuellos de pico y pantalones acampanados).



Kinesiotape, discreto, lo que se dice discreto, no suele ser... Igual se nos va de las manos...



Si los deportistas de élite utilizan *kinesio tape*, por algo será...

En fin... Debates y discrepancias aparte, mi mejor consejo (disculpen que un mardurito fisioterapeuta con más de tres décadas de profesión les de algún que otro consejo) es que se empapen de los argumentos y de la experiencia del buen elenco de colaboradores que aporta este monográfico sobre vendajes:

Créanme si les digo que tales autores son auténticos *cracks* (hay que fastidiarse... yo mismo jugando con anglicismos...) en la materia, como **Montañez**, **Villarón** y **Zilkens**, compañeros que en más de una ocasión me han formado al respecto (Javier con sus *tapings*, Carlos con sus *kinesios* y Claudia en los vendajes para linfedemas).

Lo dicho: léanles detenidamente, y tras ello, ustedes decidan: vendar o no vendar... ¿Cuándo y cuál elegir? ¡Esa sí es la cuestión!

<sup>13</sup>Dueñas L, Balasch M, Espí G. *Técnicas y nuevas aplicaciones del vendaje neuromuscular*. Bilbao: Letra Publicaciones, 2010.

# Fisioterapia

## El vendaje en Fisioterapia

Retoma las riendas de la corporación cuatro años después con el objetivo de darle un nuevo impulso al Colegio y adaptarlo a la era digital para abrir nuevas posibilidades a los colegiados

## Josep Benítez, nuevo decano del ICOFCV



Fotografía: Ana Escobar / Agencia EFE

El fisioterapeuta Josep C. Benítez Martínez tomó posesión como nuevo decano del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) el pasado 19 de enero, un cargo que ya ocupó desde abril del 2014 a enero de 2018 y que dejó por un importante proyecto laboral que lo llevó hasta China.

Cuatro años después, Benítez vuelve a tomar las riendas del ICOFCV. "Me fui porque era una oportunidad única que no podía rechazar pero eso me impidió acabar de implementar algunos cambios en el Colegio que considero necesarios y que siguen pendientes, de ahí que haya vuelto a presentarme", afirma.

Doctor y Grado en Fisioterapia, así como profesor en la Facultad de Fisioterapia de la Universitat de València, Benítez cuenta también con una dilatada experiencia profesional en el

ámbito privado. Ha sido fisioterapeuta del Shanghai Shenhua de la Súper Liga China de fútbol, del Pamesa Valencia, colaborador de la Real Federación Española de Atletismo, de la Real Federación Valenciana de Atletismo y de la Academia de Tenis Equelite/Juan Carlos Ferrero. Así mismo, es autor del libro "Recuperación Deportiva. Reeducción funcional, neuromotriz y propioceptiva".

Josep Benítez representará al ICOFCV durante los próximos cuatro años. "Estoy convencido de que podemos hacer cosas muy interesantes por la Fisioterapia", asevera.

El nuevo decano concurrió a las elecciones como único candidato, por lo que la proclamación de su candidatura se produjo el pasado 10 de enero sin necesidad de culminar el proceso electoral.

## NUEVA JUNTA DE GOBIERNO, en marcha

La nueva Junta de Gobierno del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), liderada por Josep Benítez, celebró el mismo miércoles 19 de enero su primera reunión oficial, un encuentro en el que se marcaron las principales líneas estratégicas y los primeros objetivos a afrontar para los próximos cuatro años.



Asimismo, ante el crecimiento del Colegio la Junta aprobó reforzar la estructura organizativa mediante la:

Reforzamiento  
de la organización

- 1** Creación de la figura del vicesecretario  
Nombrando a Jesús Ramírez, también delegado de Castellón
- 2** Potenciación de la Sección de Formación  
Coordinada por Juan José Bruñó
- 3** Creación de dos nuevas Secciones:
  - Sección de Eventos e Identidad Institucional  
Coordinada por José Ángel González Domínguez
  - Sección de Proyectos Institucionales  
coordinada por Joan Carles Albert Sanchis

## OBJETIVO NUEVA LEGISLATURA: apuesta digital

Futuro  
corporación

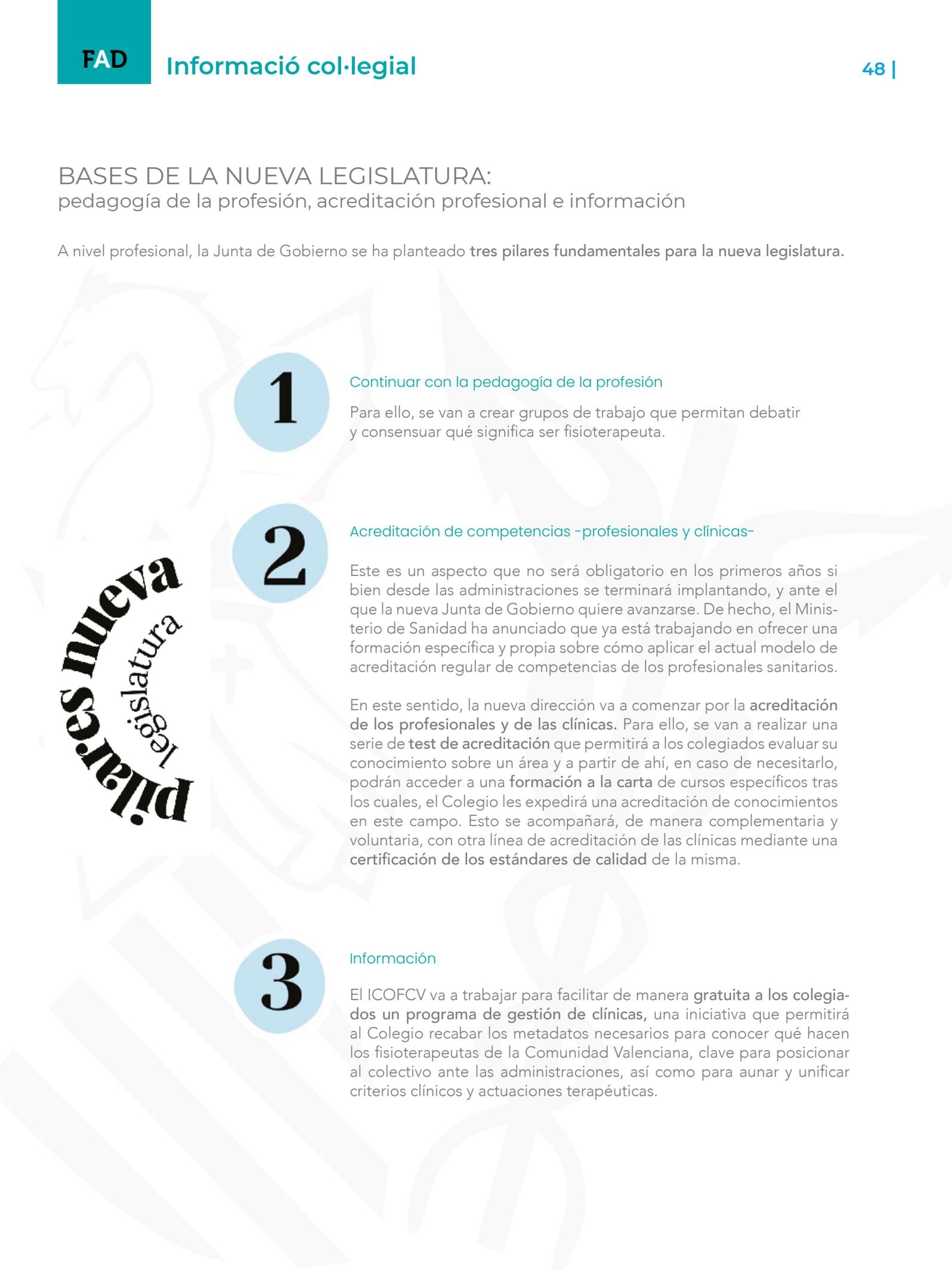
### Implementar y preparar al Colegio para lo que será la era digital

Respecto al futuro de la entidad, el nuevo decano ha subrayado la apuesta por "implementar y preparar al Colegio para lo que será la era digital, es decir, la *Fisioterapia del siglo XXI*". En esta línea, la corporación va a trabajar en la **puesta en marcha de un aula virtual** que facilite la incorporación al mundo digital de todos los colegiados. Como primer paso, la nueva Junta de Gobierno ya ha aprobado la elaboración de un *Informe de viabilidad* que facilite llevar a cabo esta iniciativa. "En estos 4 años, el Colegio tiene que dar un salto clave a la era digital", matiza el decano.

## BASES DE LA NUEVA LEGISLATURA:

pedagogía de la profesión, acreditación profesional e información

A nivel profesional, la Junta de Gobierno se ha planteado tres pilares fundamentales para la nueva legislación.



1

### Continuar con la pedagogía de la profesión

Para ello, se van a crear grupos de trabajo que permitan debatir y consensuar qué significa ser fisioterapeuta.

2

### Acreditación de competencias -profesionales y clínicas-

Este es un aspecto que no será obligatorio en los primeros años si bien desde las administraciones se terminará implantando, y ante el que la nueva Junta de Gobierno quiere avanzarse. De hecho, el Ministerio de Sanidad ha anunciado que ya está trabajando en ofrecer una formación específica y propia sobre cómo aplicar el actual modelo de acreditación regular de competencias de los profesionales sanitarios.

En este sentido, la nueva dirección va a comenzar por la **acreditación de los profesionales y de las clínicas**. Para ello, se van a realizar una serie de **test de acreditación** que permitirá a los colegiados evaluar su conocimiento sobre un área y a partir de ahí, en caso de necesitarlo, podrán acceder a una **formación a la carta** de cursos específicos tras los cuales, el Colegio les expedirá una acreditación de conocimientos en este campo. Esto se acompañará, de manera complementaria y voluntaria, con otra línea de acreditación de las clínicas mediante una **certificación de los estándares de calidad** de la misma.

3

### Información

El ICOFCV va a trabajar para facilitar de manera **gratuita a los colegiados un programa de gestión de clínicas**, una iniciativa que permitirá al Colegio recabar los metadatos necesarios para conocer qué hacen los fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, clave para posicionar al colectivo ante las administraciones, así como para aunar y unificar criterios clínicos y actuaciones terapéuticas.

## UN EQUIPO que aúna veteranía y juventud



Para llevar a cabo los objetivos propuestos, Josep Benítez se ha rodeado de un equipo de fisioterapeutas con diferentes perfiles, sumando profesionales con amplia experiencia con los que ya trabajó en su anterior etapa como decano y jóvenes que pueden aportar una nueva visión de lo que es la Fisioterapia actual, abarcando tanto al sector privado como al público. Estos profesionales que forman la nueva Junta de Gobierno son:



Decano  
Josep C. Benítez Martínez



Vicedecana  
Cristina Salar Andreu



Secretario  
José Casaña Granell



Tesorero  
Enrique Cuñat Pomares



Vicesecretario y deleg. Castellón  
Jesús Ramírez Castillo



Delegada Alicante  
Ana Lázaro de Gali



Delegado Valencia  
Juan José Bruño Montesa



Vocal  
Francesc Taverner Torrent



Vocal  
Vera Moltó Sevilla



Vocal  
Vicenta Díaz Ibars



Vocal  
Vicent Pontes Forner



Vocal  
Salvador Bertomeu Moragues



Entrevista a la vicedecana del ICOFCV con motivo del *Día Internacional de la Mujer*

## Cristina Salar: "La fisioterapia está presente en la patología femenina desde el nacimiento"

En el *Día Internacional de la Mujer*, que se celebra cada 8 de marzo, reivindicamos no solo el papel protagonista de la mujer en la Fisioterapia, como muestra que representan casi al 60% del colectivo, sino todo lo que la profesión aporta a la salud femenina. Para ello, hemos entrevistado a la vicedecana del ICOFCV, Cristina Salar, quién combina su labor docente con la clínica como especialista en este campo, y más en concreto, en suelo pélvico y ejercicio terapéutico. Una entrevista que nos permitirá conocer más a nuestra vicedecana y la relación entre Fisioterapia y Mujer.

**Nos gustaría conocer un poco más sobre usted. En primer lugar, quisiéramos saber por qué estudió Fisioterapia...**

Quería dedicarme a algo relacionado con las ciencias de la salud. Mi primera opción era medicina pero tras selectividad, decidí visitar un centro de fisioterapia para ver el trabajo que allí se realizaba. El dueño me ofreció ir unos días y conocer el trabajo desde dentro. Esa oportunidad me cambió la forma de entender lo que para mí en ese momento era la fisioterapia. En solo una semana, renuncié a mi sueño de medicina y elegí esta profesión, y tras ya muchos años ejerciéndola no me he arrepentido nunca de esa decisión. El trato diario con el paciente, ver su evolución y el carácter humano y cercano del fisioterapeuta me hizo entender que ese era mi sitio.



### CURRÍCULUM VITAE

- Grado en Fisioterapia por la Univ. Europea Madrid y Doctora en Fisioterapia por la Universidad CEU Cardenal Herrera
- Profesora de Grado en la UCH-CEU de Elche y codirectora del Postgrado de Experto en Reeducción del Suelo Pélvico de esta universidad
- Co-Directora de Corporal Control
- Experta en Fisioterapia del Suelo Pélvico, Pediatría e Hidroterapia
- Vicepresidenta de Aidea (Asoc. Iberoamericana Educación Acuática Especial e Hidroterapia) y presidenta de la Asociación Proyecto Vitae

## ¿Qué le llevó a especializarse en el área de la mujer?

Al mundo del suelo pélvico y de la salud de la mujer llegué por casualidad. Trabajaba en un Centro de Neurodesarrollo Infantil y Atención Temprana y uno de mis niños, por su patología, era susceptible de tener problemas de incontinencia. En esa búsqueda de "saber más para poder ayudar" conocí a Mer Blanquet, actualmente amiga, socia y mi maestra en esta área. Ella me enseñó la importancia de la prevención y la salud en la mujer.

Lo que comenzó siendo una formación para poder ayudar a mis niños se convirtió en mi pasión, formándome y dando un giro en mi vida profesional, dedicándome y especializándome en esta área. De hecho, aunque sigo trabajando en pediatría, actualmente mi actividad clínica se centra mayoritariamente en el abordaje de la patología del suelo pélvico a través del ejercicio terapéutico.

## ¿En qué áreas relativas a la salud femenina puede ayudar un fisioterapeuta?

La fisioterapia está presente en la patología femenina desde el nacimiento. Un fisioterapeuta puede ayudar a una mujer en afecciones de origen urológico y coloproctológico pediátrico derivadas de malformaciones, patología neurológica u otros orígenes; en el acompañamiento en la salud sexual en la pubertad, el periodo obstétrico, la menopausia; y en patologías oncológicas de origen ginecológico o en las relacionadas con otro tipo de cánceres, en patología reumatológica o neurológica, y aquellas que tienen mayor incidencia en la mujer.



La patología del suelo pélvico se puede prevenir y tratar. Ni el dolor ni la disfunción es normal. Nuestros tejidos necesitan atención, escucha y guía para recuperar su función y el fisioterapeuta dispone de las herramientas para hacerlo posible, siendo esencial el trabajo activo del paciente



## ¿Los problemas del suelo pélvico y las disfunciones sexuales siguen siendo tabú?

Creo que más que tabú son una realidad, la mujer es más consciente del valor de prevención y tratamiento. Por suerte, hoy se habla más de salud sexual y suelo pélvico en los medios y en los cafés con amigos y amigas. Esto se traslada a la consulta, haciendo que cada vez recibamos gente más joven y no porque la patología comience antes, sino porque se es más consciente de la importancia de la misma y de la necesidad de encontrar soluciones tempranas...

## ¿Qué consejo le darías a una mujer que se encuentra con uno de esos problemas?

Que la patología del suelo pélvico se puede prevenir y tratar, que dejemos de normalizar lo común. Ni el dolor ni la disfunción es normal. Nuestros tejidos necesitan atención, escucha y guía para recuperar su función, y el fisioterapeuta del suelo pélvico dispone de las herramientas para hacerlo posible, siendo esencial el trabajo activo por parte del paciente. Nuestra salud urológica, ginecológica, coloproctológica y sexual está en nuestra mano.

### ¿Recuerda algún caso especial o a destacar de su práctica clínica?

Lo más bonito es poder tratar a varias generaciones; la madre que viene por un postparto a una valoración del suelo pélvico y no solo nos recomienda a sus amigas, sino que nos trae a su niña con enuresis o le aconseja a su madre con incontinencia que venga porque las patologías de suelo pélvico tienen solución.

Aquí quiero hacer un apunte: aunque hoy hablamos de mujeres, la realidad es que el suelo pélvico no es solo una cuestión femenina y cada vez más hombres conocen la importancia del mismo.

### ¿Algún área de la salud de la mujer en la que actúe la Fisioterapia que sea menos conocida pero no por ello menos importante?

El suelo pélvico y el deporte se posicionan como una de las áreas de más proyección no solo por la importancia de la musculatura del CORE y suelo pélvico en el deportista, también porque la evidencia nos señala que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea en la mayoría de las patologías de este área así como en otras que, *a priori*, no se relacionaban con la misma (pubalgias, lumbalgias, lesión en aductores, etc.). Se ha demostrado que también pueden tener origen por un desequilibrio del control motor de ese diafragma pélvico.



Cuando mis alumnas me dicen “me gustaría estudiar este postgrado pero quizá es un mundo más de hombres” siempre les digo lo mismo: pues ya es hora de que cambie, vamos a empezar nosotras a hacerlo realidad.



Desde el ICOFCV queremos acercarnos a las necesidades de nuestro colectivo, que conozcan todo lo que el Colegio ofrece, que cuenten con nosotros y consigamos la unidad, orgullo e identidad que nuestra profesión merece, siendo referente



### Usted no empezó en este campo sino en el deportivo ¿cómo definiría la relación entre Fisioterapia y Mujer?

Es una relación que ha ido evolucionando a lo largo de los años. Cuando estudiaba la carrera, éramos 100 chicas y 7 chicos en clase, y en los postgrados se veía la diferenciación por sexos en relación a las diferentes especialidades. De hecho, mi entrada en la vida laboral de la mano de la deportiva fue difícil ya que era un “mundo de hombres”. Por suerte ya no es así ni en el Grado ni en postgrado, y creo que estamos en el camino de que tampoco lo sea a nivel laboral. A día de hoy las especializaciones tienen mucho más que ver con motivación e intereses que con el sexo de quien las cursa.

### La Fisioterapia es ejercida en su mayor parte por mujeres, ¿qué le diría a todas las compañeras?

Que no se pongan límites, que luchen por sus sueños y que se especialicen con el corazón. No creo que la fisioterapia sea una profesión únicamente de mujeres pero estamos presentes y debemos seguir estándolo en cada una de las áreas de la misma. Como he dicho antes, por motivación e interés, no por cuestión de sexo.

Cuando mis alumnas me dicen “me gustaría estudiar este postgrado o este otro, pero quizá es un mundo más de hombres” siempre les digo lo mismo: pues ya es hora de que cambie, vamos a empezar nosotras a hacerlo realidad.



“ El suelo pélvico y el deporte se posicionan como una de las áreas de más proyección... El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea en la mayoría de estas patologías y de otras que, *a priori*, no relacionaban (como pubalgias, lumbalgias, lesión en aductores, etc. ). ”

**Es vicedecana del ICOFCV. ¿Qué supone para usted este cargo?**

La entrada en el Colegio me ofreció la oportunidad de conocer desde dentro la institución y velar por el interés de los colegiados. Es un honor y una obligación defender y dar a conocer la fisioterapia, posicionarnos en la era digital y apostar por la educación para la salud, tanto para el colectivo como para nuestros usuarios/pacientes.

Desde el ICOFCV queremos acercarnos a las necesidades de nuestro colectivo, que conozcan todo lo que el Colegio ofrece, que cuenten con nosotros y consigamos la unidad, orgullo e identidad que nuestra profesión merece, siendo referente para otros colegios y profesiones.

**¿Y cómo ve la profesión?**

Creo que la fisioterapia es una profesión joven, con la ilusión que esto ofrece, con muchas posibilidades de desarrollo al tiempo que con necesidad de evidencia y sentimiento de colectivo, compañerismo y corporativismo.

**Combina su labor docente con su trabajo clínico en Corporal Control y la promoción de la fisioterapia a través de Women. ¿Por qué se involucró en estos proyectos?**

En mi opinión, la fisioterapia necesita de manos, de experiencia, de ciencia y actualización del conocimiento y como fisioterapeuta he intentado aunar todas estas áreas en mi vida profesional.

La universidad me da ciencia y me exige actualizarme cada día, mis alumnos me transmiten esa “necesidad de aprender” y me demuestran que el conocimiento es infinito. La clínica me acerca a la realidad de la profesión y las necesidades de nuestros pacientes. *Women* es el sueño de hacer presente el mundo del suelo pélvico a pacientes y profesionales de todo el mundo, con el objetivo de “hacer fisioterapia”.

**Como fisioterapeuta y como mujer, ¿algún consejo final?**

Que sigamos mirando con los ojos de un niño, tocando con manos seguras, investigando y generando conocimiento, leyendo y cuestionando el mismo, sin olvidarnos de lo importante: el amor por la profesión, nuestros compañeros y pacientes.

El ICOFCV refuerza el grupo de colegiados que, a partir del mes de abril, impartirán estos talleres educativos en escuelas de toda la Comunidad Valenciana

## Taller de formación para nuevos ponentes de la "Campaña de Prevención de Dolor de Espalda en Escolares"

A lo largo de las próximas semanas, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana retomará la "Campaña de Prevención de Dolor de Espalda en Escolares", con el objetivo general de concienciar desde la infancia sobre la importancia del autocuidado y de evitar el sedentarismo.

Desde el ICOFCV subrayan que es necesario intervenir desde edades tempranas con actuaciones de carácter preventivo. "En la actualidad, un 40% de los niños menores de 11 años sufren patologías de espalda. Enseñarles que mantener una misma postura durante tiempo puede generarles lesiones es muy importante, y las escuelas son un lugar idóneo para ello", inciden.

Para ello, el Colegio ha reforzado el equipo de formadores que desarrollarán la campaña este curso escolar en centros de Alicante, Castellón y Valencia. Un grupo de colegiados que recibieron un taller de formación específico el pasado 12 de marzo en la sede de Valencia, en el que participó Vera Moltó, vocal de la Junta de Gobierno y coordinadora de este proyecto.



Equipo de fisioterapeutas de la Campaña

Sheila Garrido Costa, Guillem Ruiz Tamarit, Sergio Jesús García Rubio, David Abad Asensi, Guilherme Fernando Souza Nunes, Kenia Ferrer Pomer, Guadalupe Villegas Pascual y María Elizabeth Goncalvez de Andrade.



Fisioterapia de calidad, por la salud y bienestar de nuestros pacientes

## Nueva sede provisional en Alicante

Recordamos a todos nuestros colegiados de Alicante que hemos cambiado de ubicación: la sede colegial de la delegación se ha trasladado de manera provisional a un nuevo local para mejorar la atención a los colegiados. ¡Toma nota de la nueva dirección por si tienes que acercarte a realizar cualquier gestión colegial!



Delegación de Alicante del ICOFCV  
C/ Pintor Aparicio, nº 7 Bajo Izquierda  
03003 Alicante  
Telf. 963 215 005



### Tema 2 OPE fisioterapeutas, reeditado

Si te has descargado el tema 2 del temario para preparar las oposiciones de fisioterapeutas de la intranet antes del miércoles 22 de marzo, deberás actualizarlo ya que ha acabamos de reeditarlo tras subsanar una pequeña errata que habíamos detectado. Recuerda que tienes a tu disposición el temario completo.

¿Dónde puedes encontrarlo?  
[www.colfisiocv.com/zonacolegiado](http://www.colfisiocv.com/zonacolegiado)  
(acceso con claves colegiado)

## Nuevos convenios de colaboración del ICOFCV

El Colegio de Fisioterapeutas dispone de diversos convenios de colaboración con importantes ventajas y beneficios para sus colegiados. A continuación, se detallan los dos últimos que se han cerrado.

### UNIVERSIDAD EUROPEA

Hemos renovado el convenio de colaboración con la Universidad Europea con el fin de facilitar el acceso a la oferta de estudios de Formación Profesional, Grado y Posgrado de esta universidad en el curso académico 2021/2022. Gracias a ello, los colegiados del ICOFCV que estén interesados y sus familiares directos (cónyuges, padres e hijos) pueden beneficiarse de la realización gratuita de las pruebas de ingreso a las titulaciones ofertadas y de un descuento del 15% sobre docencia en algunas de las titulaciones de la Universidad (\*consultar convenio en web).

### FISIOWEBINAR

En virtud del nuevo convenio firmado con Fisiowebinar, los colegiados del ICOFCV pueden beneficiarse de descuentos exclusivos en el precio de inscripción para acceder a esta plataforma de formación online para fisioterapeutas (acumulables a otros que la empresa realice).

Para acogerse a las ventajas, hay que acreditar la colegiación así como que se está al día en el pago de las cuotas colegiales.

### NUEVOS CONVENIOS

DESCUENTOS PARA COLEGIADOS/AS ICOFCV



Fisiowebinar

MÁS INFO

[www.colfisiocv.com/convenios](http://www.colfisiocv.com/convenios)

El objetivo es trabajar conjuntamente la formación en temas jurídicos de interés para los fisioterapeutas como profesionales sanitarios

## El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana y la ADSCV firmarán un convenio de colaboración

El decano del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), Josep C. Benítez, ha mantenido una reunión de trabajo con Carlos Fornes, presidente de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana (ADSCV).

Durante el encuentro, ambos directivos han acordado la firma de un convenio de colaboración entre el ICOFCV y la ADSCV para trabajar conjuntamente en la formación de temas específicos de este colectivo y otros transversales, como el consentimiento informado o la prevención de agresiones a los profesionales sanitarios.

“El convenio es un primer paso de colaboración. Sin duda, la ADSCV cuenta con una gran experiencia y conocimiento respecto a problemas jurídicos que afectan a los sanitarios y en los que nos pueden ayudar a prepararnos para saber cómo afrontarlos. Algunos de ellos, como el de las agresiones, por suerte, hoy apenas afectan al colectivo de fisioterapeutas, pero hay otros como el consentimiento informado, que es lo que da respaldo



ante un juez, o la historia clínica que son esenciales y sobre los que cabe tener la mayor preparación porque dada la dinámica de la sociedad, en la que cada vez hay más personas que recurren a la demanda e interponen reclamaciones nos acabarán afectando”, ha explicado Benítez.

Por su parte, Carlos Fornes ha subrayado que están “muy satisfechos ya que abrimos una nueva línea de colaboración con un colegio profesio-

nal muy importante en la Comunidad Valenciana. Estamos convencidos de que este convenio nos permitirá ofrecer formación jurídica importante a los fisioterapeutas”.

Así mismo, el presidente de la ADSCV ha destacado “el importante papel que juegan los fisioterapeutas en el cuidado de nuestra salud, puesto que reparan y restauran la movilidad física de los pacientes que han sufrido algún tipo de trauma. Por lo tanto, es una magnífica noticia que vayamos a trabajar juntos”.

Fornes, quien ha estado acompañado por el vicepresidente primero de la ADSCV, el fisioterapeuta Pedro Rosado, ha entregado a Josep C. Benítez las conclusiones del *IV Congreso de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana* organizado por su entidad. Además, ha comunicado al decano del ICOFCV cuáles serán los principales temas que se abordarán en el *V Congreso de la ADSCV*, que se celebrará los días 9 y 10 de junio en el Palacio de Congresos del Colegio Oficial de Médicos de Alicante.

## ¿Quieres formar parte del equipo masculino de fútbol del ICOFCV?

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana participa en la *Liga de Fútbol Interprofesional de Valencia 2021/2022* con un equipo propio. Si eres colegiado del ICOFCV y te gustaría formar parte del equipo tan solo tienes que comunicarlo enviando un email a Administración ([administracion@colfisiocv.com](mailto:administracion@colfisiocv.com)) o llamando al 963 533 968 con los siguientes datos: nombre, número de colegiado, correo y teléfono de contacto.

(\*) Los partidos se celebran los sábados por la mañana en Masía la Grava (el Puig de Santa Maria), 1 ó 2 veces al mes.



## In Memoriam: David Agulló Juan

Poco después de comenzar este extraño año (redundante, como la frialdad de la muerte), recibí la tristísima noticia de la pérdida de un amigo, compañero y discípulo: nuestro colegiado, el joven fisioterapeuta ilicitano David Agulló, fallecía súbitamente en Alicante, con tan solo 38 años de edad.

Dejó de latir el corazón de mi antiguo alumno de la Universidad Miguel Hernández, David, un chico del que guardo un precioso recuerdo desde hace ya dos décadas, pues estaba repleto de alegría y de buen hacer: un gran profesional a la par que una hermosa persona.

Muy dura es la pérdida para su familia, a quienes dedicamos nuestro sentido pésame, pero también es ominosa para quienes le conocimos estrechamente cuando se formaba para ejercer, como así ha venido haciendo, la Fisioterapia.

¡D. E. P. , amigo y compañero!

*José Ángel González*



Adiós a un compañero:  
David Agulló



La Junta de Gobierno del ICOFCV, encabezada por el decano Josep C. Benítez, transmite su más profundo pesar y tristeza así como un fortísimo abrazo a la familia y amigos.

¡Hasta siempre David,  
descansa en paz!



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

La obra de Rubio está dirigida a pacientes mientras que la de López Cubas está enfocada a fisioterapeutas y profesionales de la salud. El ICOFCV ha dado su apoyo a los dos colegiados

## Lecturas de Fisioterapia: 2ª edición de la obra de 'Neurodinámica' de Carlos López Cubas y segundo libro sobre 'Cefalea' de Jesús Rubio

Nuestros colegiados, los fisioterapeutas Carlos López Cubas y Jesús Rubio acaban de publicar sendas obras que han vuelto a contar con el apoyo del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) mediante la adquisición de varios ejemplares que están a disposición de los colegiados para consulta en la Biblioteca, así como con difusión.

### Neurodinámica en la Práctica Clínica

El fisioterapeuta Carlos López Cubas ha publicado una nueva edición de su libro "Neurodinámica en la práctica clínica", una obra dirigida al fisioterapeuta y a aquellos profesionales de la salud interesados en el manejo del paciente con dolor neuropático.

La movilización del sistema nervioso ofrece la posibilidad de valorar y tratar la sensibilización mecánica del tejido neural. Este libro ayuda a conocer cómo. En esta obra se incluyen capítulos dedicados al razonamiento clínico, examen neurológico, dolor neuropático, disfunción neural, palpación del sistema nervioso, test neurodinámicos y otras técnicas relacionadas con la neurodinámica.

Reúne no solo el estado científico actual de la neurodinámica, sino que además contiene una visión crítica y razonada de la misma, con un espíritu integrador dentro de la práctica del fisioterapeuta. La totalidad de la obra mantiene un enfoque clínico, dirigido a la búsqueda de las soluciones terapéuticas óptimas para los pacientes con dolor neuromusculoesquelético. Para ello, se ha inten-



tado aunar la experiencia clínica del autor con las imprescindibles aportaciones de otros fisioterapeutas.

"A lo largo de los últimos 5 años ha habido gran cantidad de publicaciones de interés en relación con la neurodinámica y el dolor neuropático. He seguido actualizando los capítulos conforme encontraba artículos relevantes hasta que decidí hacer una revisión a fondo de la obra y ampliación", nos explica López Cubas.

### Neurodinámica en la Práctica Clínica

2ª Edición. Febrero 2022  
ISBN 9788418892073  
Editorial Wolters Kluwer

Disponible en:  
<https://axon.es>

15% dto. para colegiados ICOFCV  
(solicitar código: administracion@colfisiocv.com)

### Carlos López Cubas

Desarrolla su labor asistencial en su clínica Osteón (Alaquàs, Valencia) desde hace más de 20 años. Su especialidad es el tratamiento de neuropatías desde la educación, la terapia manual, la neurodinámica y el ejercicio terapéutico. Además, es profesor asociado de la Facultad de Fisioterapia de la UV y docente de neurodinámica en más de 10 universidades a nivel nacional. Dentro de su labor investigadora, es socio fundador de la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (Sefid). Anteriormente ha publicado: *Cuentos Analgésicos: Herramientas para una saludable percepción del dolor* (2011), *Neurodinámica en la Práctica clínica* (1ª ed. 2016); *Ciática: Supérala paso a paso* (2019), y *Pattern Recognition of Clinical Syndromes Related to Neuromusculoskeletal Pain Disorders* junto a Enrique Lluch (2020)

### Cefalea, comprende y soluciona tu dolor de cabeza

Por su parte, nuestro colegiado, el fisioterapeuta Jesús Rubio ha publicado el libro "Cefalea, comprende y soluciona tu dolor de cabeza".

Mientras su primer libro "Cefalea: una historia por descubrir" nuestro colegiado se dirigía principalmente a fisioterapeutas y profesionales sanitarios, la nueva obra está dirigida a pacientes. En ella, el lector encontrará preguntas y respuestas dirigidas al dolor de cabeza complejo, donde no se puede probar la existencia de una causa física o enfermedad subyacente (como ocurre en la migraña, la cefalea tensional u otros tipos de cefalea primaria) y que supone uno de los problemas de salud más frecuentes en las consultas de Fisioterapia. "Huyendo del fracaso del enfoque biomédico, donde habitualmente se ven pacientes como si fueran genes, moléculas, proteínas y hormonas, este libro tiene un enfoque basado en la persona con sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales", afirma el autor.

En España, la cefalea es considerada uno de los problemas de salud crónicos más comunes entre las personas mayores de 14 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad, la cefalea (en concreto, la migraña) ocupa el quinto lugar entre las más prevalentes con un 8,3% de la población total, siendo más común en mujeres. Un 74% de las personas refieren padecer o haber padecido cefaleas a lo largo de su vida.

En palabras de Jesús Rubio, tanto si eres paciente como profesional sanitario, "este libro te ayudará a comprender por qué se tiene dolor desde el conocimiento que nos aporta la neurociencia más actual y, sobre todo, cómo se puede mejorar la calidad de vida. Que "comprendas" pasará porque tomes conciencia del

problema al que te enfrentas gracias a la información que encontrarás en estas páginas y que "soluciones" pasará porque te hagas responsable de los cambios a realizar en base a las propuestas y herramientas que se te ofrecen".

Así mismo, nuestro colegiado recalca que cabe matizar algo sobre el título, "y es que la palabra "soluciona" no debe interpretarse como un "elimina", "alivia" o "resuelve". No es un sinónimo y la gente suele confundir dichos términos. Precisamente, la cronificación de muchas cefaleas se debe (en gran parte) a la búsqueda constante de las causas del dolor y sus remedios. La cefalea es un problema complejo que afecta la calidad de vida de las personas que la sufren. Por tanto, "soluciona tu dolor de cabeza" debería interpretarse como "haz lo que esté en tus manos para afrontar este problema".

Rubio defiende que antes de su publicación, este libro ha pasado por el filtro de numerosos pacientes, fisioterapeutas, psicólogos y neurólogo para asegurar que tanto la narrativa como sus contenidos pueden adaptarse a cualquier persona con dolor y aportar conocimientos que pueden ser relevantes de cara a su proceso de recuperación.

Así mismo, el autor asegura que este libro no es exclusivamente de "lectura" sino que contiene diferentes cuestionarios de autorregistro validados científicamente, preguntas de autoevaluación para afianzar conceptos y un diario de actividad diseñado por fisioterapeuta y psicólogo para que los pacientes registren su actividad y reflexionen sobre los objetivos conseguidos durante el tiempo", alega.



### Jesús Rubio Ochoa

Está especializado en Fisioterapia Neuro-Músculo-Esquelética siendo la terapia manual y el ejercicio terapéutico los dos pilares e los que se actualiza constantemente. Miembro de la Comisión de Terapia Manual del ICOFCV, desarrolla su labor asistencial en su *Clínica Jesús Rubio Fisioterapia* en Valencia. Además actualmente es doctorando, miembro de la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID) y docente del grupo de investigación y formación "Spine & Control" sobre los trastornos de la columna vertebral. Anteriormente publicó *CEFALEA: Una historia por descubrir* (2019).

*Cefalea, comprende y soluciona tu dolor de cabeza*

1ª Edición. Septiembre 2021  
 ISBN: 978-84-15068-03-7  
 Editorial Obrapropia

Disponible en:  
<https://www.amazon.es>  
<http://www.obrapropia.com>

# Acerca de las competencias del fisioterapeuta: caso concreto PRP



## Santiago Sevilla

Asesor Jurídico del ICOFCV  
Abogado, colegiado del ICAV nº 6220

Aprovecho este artículo para dar a conocer y contestar a varias consultas recibidas por colegiados en relación a si los fisioterapeutas en el ejercicio de sus competencias pueden usar "Plasma Rico en Plaquetas" (PRP) como medio de recuperación y rehabilitación de personas con discapacidades o disfunciones.

Dar respuesta a esta cuestión exige con carácter previo que establezca, si bien someramente, cómo se determinan las competencias del fisioterapeuta, así como la de otros profesionales sanitarios, teniendo que acudir para ello a lo establecido en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias.

Con carácter general, las competencias del fisioterapeuta quedan definidas en el artículo 7.2. b de la ley 44/2003 por la que se establece que corresponde a los Diplomados en Fisioterapia, ahora Títulos de Grado *"la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas."*

Señalar que el referido artículo 7 en su apartado 1 viene a determinar, con carácter general, el ámbito de actuación de todos los profesionales sanitarios Diplomados/Títulos de Grado, estableciéndose en su apartado 2 que las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, se realizarán **sin perjuicio de las que puedan desarrollar otros profesionales.**

Así pues, las funciones señaladas en esta norma deben ser interpretadas teniendo en consideración la propia definición dada para cada profesión, puestas en relación las unas con las otras; esto es, habrá competencias que no generen ningún tipo de duda respecto a su **carácter exclusivo y excluyente del fisioterapeuta** pero habrá otras que, puestas en relación con la definición de otras profesiones sanitarias puedan dar lugar a un espacio de **competencias compartidas**, por lo que pueden definirse como competencias de los fisioterapeutas pero no con carácter exclusivo y excluyente, ya que, en ese ámbito competencial pueden concurrir otros profesionales sanitarios de los señalados en la Ley 44/2003.

Pero más allá de las prevenciones de esta norma, las competencias de los profesionales se perfilan y complementan con **otras leyes que inciden de manera decisiva en excluir una determinada técnica o actuación sanitaria**, que inicialmente podría tener cabida en la definición genérica reseñada anteriormente, **de las competencias del fisioterapeuta.**

En este sentido, interesa en este artículo hacer referencia al tratamiento mediante "Plasma Rico en Plaquetas" (PRP) por las consultas que se han recibido en esta asesoría del Colegio acerca de su utilización por el fisioterapeuta.

Inicialmente se podría establecer que el tratamiento mediante PRP quedaría encuadrado como la utilización de medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, es decir, entraría dentro de la definición de las funciones del fisioterapeuta dadas en el referido artículo 7.2.b de la Ley de 44/2003.



¿Puede usarlo el  
fisioterapeuta?

Plasma

Rico en

Plaquetas

Pero una interpretación conjunta de la legislación, y en este caso de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, excluye de las competencias del fisioterapeuta cualquier actuación sanitaria que comporte la utilización de medicamento, como ha sido definido el “Plasma Rico en Plaquetas” (PRP).

Así se pronunció la RESOLUCIÓN del Ministerio de Sanidad de 23 de mayo de 2013 por la que se establece la clasificación del uso terapéutico al considerar el uso del plasma autólogo y sus fracciones, componentes o derivados que deben ser considerados como un medicamento de dispensación bajo prescripción médica restringida, de utilización reservada a determinados medios especializados que, en todo caso, deberán contar con la autorización de las autoridades competentes. Por lo tanto, **deberá ser prescrito por médicos, odontólogos o podólogos con la cualificación adecuada**, con experiencia en el tratamiento, con el equipamiento o instrumentación adecuada y en establecimientos, centros o servicios sanitarios que estén debidamente autorizados de acuerdo con la normativa vigente en las respectivas comunidades autónomas.

El artículo 4.7 de la Ley 44/2003 establece que “*el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico*”; esto supone que el fisioterapeuta posee una amplia autonomía para el ejercicio de su profesión, tanto desde el punto de vista técnico como científico, con las limitaciones reseñadas, lo que obliga al fisioterapeuta a ejercer su profesión con absoluta responsabilidad. **No puede existir plena autonomía técnica y científica sin el ejercicio responsable de la misma.**

Para finalizar, a modo de resumen, reiterar que existen competencias que inequívocamente son propias de los fisioterapeutas, otras que siendo de los fisioterapeutas pueden ser concurrentes con las de otros profesionales sanitarios y otras que, en atención a normas jurídicas concretas, como las señaladas en este artículo, exceden de las competencias de los fisioterapeutas. Así pues, se pueden establecer tres criterios de análisis para determinar si una competencia es propia del fisioterapeuta:

### 3 criterios para determinar competencias

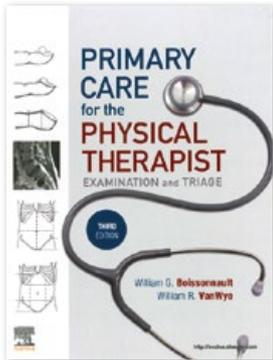
1. Si encaja, sin forzamiento alguno, en la definición dada por el artículo 7.2.b de la Ley 44/2003: **competencia exclusiva del fisioterapeuta**
2. Si encaja dentro de la definición dada por el artículo 7.2.b, pero puede concurrir con la definición de otras profesiones sanitarias del mismo artículo 7.2: **competencias concurrentes con otros profesionales sanitarios.**
3. Si existe una ley o norma especial que expresamente determina la competencia a un determinado profesional sanitario distinto del fisioterapeuta: **competencia de profesional sanitario distinto al fisioterapeuta.**

El ejercicio de la profesión sanitaria de fisioterapeuta exige una **actuación responsable** de la misma y, ante la aplicación de una técnica sobre la que se pueda generar o existir dudas, es conveniente, en primer lugar, analizarla desde los criterios que se establecen en este artículo y, en segundo lugar, si persiste la duda, hacer la **consulta al Colegio** para que podamos ayudar a despejar, en la medida de lo posible, la situación concreta planteada.



## José Lendoiro Salvador

Colegiado 1457  
Fisioterapeuta y Doctor en Fisioterapia



### *Primary care for the physical therapist: Examination and triage*

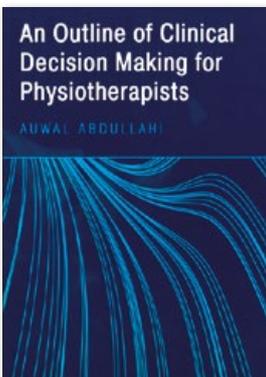
Editores: **William G. Boissonnault, William R. VanWye.** Ed. Elsevier, 2021 (3ª ed.) ISBN 9780323638975 . Pgs: 417 P. a.: 75€

La inclusión de la Fisioterapia en los equipos de Atención Primaria, es lo que defienden los editores y los 21 colaboradores de este libro (todos ellos fisioterapeutas), no sólo en la actualidad y desde el inicio de dicha atención, sino también avances para el futuro, con un papel fundamental en la valoración clínica de los pacientes y su clasificación-prioridades de atención sanitaria. Un libro de interés por los temas tratados y su fundamentación.

El libro está dividido en tres secciones, dedicando la primera a los fundamentos, estructurada en cuatro capítulos. En los que se aborda la función de los fisioterapeutas en dichos equipos, la importancia de la evidencia científica para el diagnóstico fisioterápico y el seguimiento de evolución, para asegurar tanto la salud como la calidad de vida, bases para la atención primaria. Para todo ello, es fundamental la entrevista fisioterápica con el paciente, basada no sólo en habilidad comunicativa, sino en aspectos científicos.

Los doce capítulos de segunda sección tratan sobre el examen y valoración fisioterápica. Se plantean diversos aspectos, como la investigación de los síntomas por regiones corporales, y repercusión general; evolución de la dolencia o traumatismos; detección de los factores de riesgos para la salud analizando la evolución de la afección, y valoración corporal completa, pero sin olvidar ningún sistema; con dedicación especial al sistema cardiovascular y pulmonar. También dedica un capítulo sobre la importancia del diagnóstico por imagen para la práctica fisioterápica, así como tener en cuenta los análisis clínicos y sus valores. El último capítulo de esta segunda sección trata sobre las pruebas electrofisiológicas: "Nerve Conduction Studies (NCS) and Electromyography (EMG)"

En la última sección hay capítulos sobre los temas expuestos, dedicados a la población adolescente, afecciones obstétricas, geriatría, y un capítulo sobre la valoración de la depresión, riesgo de caídas, problemas de cervicales,...



### *An Outline of Clinical Decision Making for Physiotherapists*

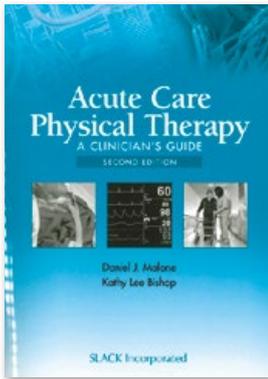
Autor: **Auwal Abdullahi** Ed. Cambridge Scholars Publishing, 2019. ISBN 9781527537699. Pgs: 125 P. a.: 60€

Este libro sobre la toma de decisiones clínicas en Fisioterapia, nos sirve para introducir este tipo de bibliografía que se viene editando últimamente. En la que se plantean temas y conceptos como competencia clínica, razonamiento clínico; incertidumbre y dudas en la toma de decisiones clínicas; la importancia de las cuestiones éticas y de la calidad científica en dichas decisiones; la valoración de los aspectos culturales y sociológicos; seguimiento de las decisiones tomadas; la importancia de la implicación de los pacientes; así como modelos de valoración de la movilidad reducida (*disability*).

Como ejemplos de libros similares citamos "*Clinical reasoning and decision making in physical therapy: facilitation, assessment, and implementation*" (Gina Maria Musolino, Gail Jensen; 2020), con inclusión de temática de interés como la importancia de la innovación, la clínica con evidencia científica y el análisis

de la evolución de las afecciones también con criterios científicos; bibliografía francesa sobre abordaje clínico y diagnóstico en Fisioterapia, como "*Démarche clinique et diagnostic en kinésithérapie*" (Michel Dufour, Serge Tixa, Santiago Del Valle Acedo; 2018), y "*Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle: méthodologie, lecture critique d'article, mémoire de fin d'études*" (Arnaud Delafontaine; 2019), en los que se insiste en la importancia de la fundamentación científica y en la revisión de la literatura al respecto, de la estadística y métodos cuantitativos, lejos de conclusiones pre-establecidas, ni evitar las discrepancias y discusiones científicas.

Aspectos que nos derivan a bibliografía sobre le evidencia científica en Fisioterapia, como por ejemplo "*Evidence based physical therapy*" (Linda Fettes, Julie Tilson; 2019. - 2ª ed.)



## Acute care physical therapy: a clinician's guide

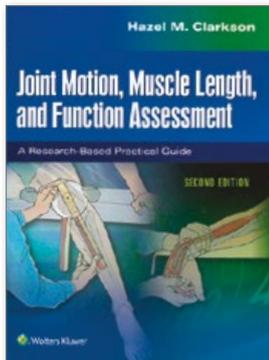
Editores: **Daniel J. Malone, Kathy Lee Bishop** Ed. Slack Books, 2020. ISBN: 9781617119866. Pgs:755 P.a.: 99 €

No es habitual la bibliografía sobre la Fisioterapia en cuidados intensivos-emergencias. Recordemos que hace casi diez años ya comentamos dos libros en portugués sobre las actuaciones fisioterápicas en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Volumen IX n°3 (2013): “Fisioterapia intensiva” (Cordeiro de Souza, junto con otros 23 fisioterapeutas; 2012) y “Fisioterapia en la UCI: teoría, experiencia y evidencia” (Gómez; 2012). Hace más de cinco años se publicaron nuevos libros al respecto: “Casos clínicos em Fisioterapia de Cuidado Intensivo” (Jobst; 2015), y “Fisioterapia em Emergências” (Suasuna; 2016) (volumen XIII n.º 4, 2017).

Dicha bibliografía del ámbito luso, ahora la completamos con libros anglosajones, por lo que es posible que a partir de ahora tengan más resonancia o “visibilidad”, pero lo indudable son su gran interés para la Fisioterapia.

El libro que realizan Malone y Bishop, con la colaboración de otros nueve fisioterapeutas, contiene quince capítulos sobre diferentes aspectos de la atención fisioterápica en pacientes en cuidados intensivos. Desde los valores de análisis clínicos; monitorización fisiológica; actuaciones con pacientes encamados con trastornos neuromusculares adquiridos en el hospital y movilización temprana basada en evidencia científica; actuaciones en los trastornos de los diferentes sistemas (inmunitario, cardiovascular, pulmonar, musculoesquelético, neurológico, endocrino, gastrointestinal, genitourinario, oncológico); dedicando un capítulo para actuaciones en pacientes trasplantados, y otro a las afecciones tegumentarias y actuaciones con heridas.

Los apéndices e índice, aproximan el libro a un manual o vademécum. Muy similar a este otro libro sobre la misma temática: “Acute Care Handbook for Physical Therapists” (Jaime C. Paz, Michele P. West, Kathy Panasci, Kristin C. Greenwood; 2020. - 5ª ed.)



## Joint Motion, Muscle Length, and Function Assessment: A Research-Based Practical Guide

Autor: **Hazel M. Clarkson** Ed. Wolter Kluwer, 2020 (2ª ed.). ISBN 9781975112240. Pgs: 402 P. a.: 55 €

Se trata de una nueva edición actualizada sobre evaluación fisioterápica, tanto del movimiento articular, como de la longitud muscular y su función (en español se tradujo su primera edición en 2003).

Está dividido en tres secciones, habiendo dos capítulos en la primera sobre los fundamentos, principios y métodos (rango de movimiento articular y su evaluación, evaluación muscular, ...). Dedicando un capítulo a la importancia de relacionar la evaluación con el tratamiento fisioterápico, sus pasos clave, con algunos ejemplos.

Los siete capítulos de la segunda sección están dedicados a las técnicas de evaluación en cada región corporal (complejo del hombro, codo y antebrazo, muñeca-mano, cadera, rodilla, tobillo y pie); y un último capítulo sobre cabeza, cuello y tronco. Todo ello,

acompañado de fotografías, esquemas, dibujos, y breves apoyos bibliográficos.

Los cinco apéndices de la última sección aportan formularios para el registro numérico de las evaluaciones y mediciones de los rangos de movimiento, posicionamiento del paciente para la evaluación y mediciones, análisis de la marcha humana, y una guía de respuesta para ejercicios y preguntas de cada capítulo, pues este tipo de libros tienden a estar escrito para la docencia.

En este sentido, han sido publicados libros similares como “Handbook of Special Tests in Musculoskeletal Examination: An Evidence-Based Guide for Clinicians” (Hattam, Smeatham. 2020- 2ª ed.); “La Marcha Humana: Biomecánica, Evaluación y Patología” (Molina, Carratalá; 2020); “Valoración manual” (Díaz Mancha; 2020); “Kinetic Control: The Management of Uncontrolled Movement” (Comerford, Mottram; 2019. - 2ª ed.)



### Colabora con la biblioteca del ICOF CV

Desde el Racó del Llibre, queremos reiterar la **invitación** para que los fisioterapeutas nos remitan sus **comentarios bibliográficos** de los **libros que publiquen o de los que consideren interesantes para su práctica clínica, investigadora y docente**. Esperamos contar con la máxima colaboración para que podamos enriquecernos con las reflexiones y conclusiones científicas de los fisioterapeutas que trabajamos en la Comunidad Valenciana.

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els fisioterapeutes que s'han col·legiat des del 24 de novembre de 2021 al 22 de març de 2022.

### Nuevos colegiados del ICOFCV

#### Alicante

8091 JAIME VICENTE MORERA BALAGUER  
 8092 RITA GÓMEZ MARTÍNEZ  
 8096 RAFAEL BONMATÍ TORREGROSA  
 8102 ALBA JUSTICIA LAPAZ  
 8103 FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ MESTRE  
 3993 ALEXANDRA ELENA ALBERO DAVÓ  
 8109 IVÁN GALINDO DAVÓ  
 8119 PIERRE FLORIS  
 8120 LUCAS ALFARO ANDREU  
 8129 MANUEL HERNÁNDEZ CHICA  
 6020 VERÓNICA MIRA IZQUIERDO  
 8124 ÀNGELA PEIDRO PARRES  
 8132 FRANCISCO LATORRE PAREJA  
 8139 CARLA MARÍA GASCÓN ALCOCER  
 8140 JOSÉ JULIÁN DEL PESO MENDOZA  
 8138 RAFAEL CRESPO TÁRRAGA  
 8142 VICENTE PÉREZ MENDIOLA  
 4393 LORENA VALOR SELLÉS  
 8150 PABLO GONZÁLEZ LACUEVA  
 8153 MARTIN TURRI  
 8154 PAULA SOLER FLORES  
 8157 ANGELES PITRUZZELLA  
 8158 ÀNGELA RUIZ FERRUS  
 6426 MIQUEL AZNAR FERNÁNDEZ  
 3429 PABLO GÓMEZ REQUENI  
 292 MARÍA DEL MAR BONASTRE RODRÍGUEZ  
 8164 DANA EMMA KENNEDY GIL  
 8166 IRENE LÓPEZ GOMIS  
 8165 VANESSA HÄNSEL  
 8167 ALEJANDRA GARCÍA PÉREZ  
 8168 JAVIER MARTÍNEZ LOZANO  
 8170 TAMARA PEÑA CASTILLO  
 5104 JOSÉ LUIS MARTÍNEZ MUÑOZ  
 8176 SERGIO GARCÍA LÓPEZ

#### Asturias

8133 NOELIA MIRANDA LÓPEZ

#### Castellón

1889 VÍCTOR BARREDA PAZOS  
 8098 JUAN LUIS LÓPEZ ARRONIZ  
 8105 SANDRA FERNÁNDEZ MONFERRER  
 8128 PATRICIA QUEROL ALSINA  
 6882 RUBÉN CABEZAS YOUNG  
 8136 GRECIA CRISTINA PULIDO APARICIO  
 8141 PERE SOLÉ MONTAÑA  
 8144 CARLA FRESQUET ANCOSTA  
 8152 ADRIAN IONUT GHEORGHE  
 8174 FRANCISCO DE ASÍS MARTÍNEZ MANCHÓN

#### Cuenca

8094 FERNANDO PRIETO ORTEGA  
 8106 JULIÁN JIMÉNEZ LÓPEZ

#### Jaén

8159 CRISTÓBAL LORENTE RAMOS

#### Madrid

8116 PABLO GÓMEZ PEREYRA  
 7420 ALBA SERNA QUINTO

#### Murcia

8101 FRANCISCO JAVIER VILLAESCUSA PÉREZ

#### Las Palmas

8161 IRUYA LASSO RAMOS

#### Teruel

8175 LETICIA CALVÉ LIZAGA

## Nuevos colegiados del ICOFCV

Del 24 de noviembre de 2021 al 22 de marzo de 2022

### Valencia

.....

8093	IGNACIO VIADEL ANTÓN	8137	THEODORE PHILIPPE DANIEL COLLET
8095	SERGIO LÓPEZ VERHOEVEN	8143	CARLES MARTÍNEZ ANASTASIO
8097	MÓNICA SILVA I BONITO	5394	NATALIA APARISI BARBER
8099	DANIEL MARTÍNEZ POVEDA	8145	JULIETTE LORETTA SIMONE THEBAULT
8100	SERGIO PÉREZ FIERRO	8146	MARÍA MASCARELL TORRES
8104	DANIEL UREÑA SANZ	8147	LUIS PASCUAL MURCIANO GAMBORINO
8108	MAGDALENA GINARD BURGUERA	8148	JORGE LICER DÍAZ
8107	HÉCTOR PATÓN SERRA	8149	STEPHANY MARIN MENESES
8110	MARIA BENIMELI LÓPEZ	8151	DAVID RUIZ PASCUAL
8111	SARA ROVIRA VICENTE	6472	MARÍA GUZMÁN LLEIDA
8113	MARÍA DOLORES CANTÓN VITORIA	3682	MARÍA DOLORES SOLER COLLADO
8112	GERARDRANKE CRUAÑES	8155	FACUNDO TORCUATO SARAVIA HOLCER
8114	ALBA SANZ DUQUE	8156	VANESA ABOY CAMPAÑÓ
8117	MAR VILA MEJÍAS	4567	JENNIFER CLAVIJO HERRAIZ
8115	VICENTE JAVIER JUAN ALDA	8160	CARLA MARTÍNEZ HERRERO
8118	MARÍA ANTÓN GUZMÁN	6456	CAROLA BERMÚDEZ GALIANA
8121	JULIO MANRIQUE SÁNCHEZ	8162	ALEJANDRO SÁNCHEZ CUTILLAS
8123	CAROLINA FRANCIS MARTÍNEZ VALDÉS	8163	EVA ESCRIBANO GÓMEZ
8122	ARNAU GIRONÉS GARCÍA	5098	CAROLINA MARÍA GALLENTE SEGURA
8126	EVA MARTÍNEZ GRAULLERA	8169	EMERIDA ELENA RUIZ CASQUINO
8125	SARA MARTÍNEZ GUILLARDINI	8171	ELENA GIMÉNEZ VALLES
8127	JAVIER SÁEZ MORENO	1431	MARÍA BLASCO AGUADO
8131	CAMILA ANDREA SUAREZ CIFUENTES	8172	CLAUDIA CABAÑAS DÍAZ
8130	MARIA FLORENCIA MARIANI	223	MARÍA INMACULADA VENTURA DOMINGO
8134	GABRIEL BALLESTEROS MARÍN	8173	PABLO SUÁREZ FERNÁNDEZ
8135	MARÍA DE MIGUEL VASALLO	8177	VANINA LORENA PUGLIESE

# Participa al teu Col·legi



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

## Oferta formativa del ICOFCV para el segundo trimestre

El Colegio de Fisioterapeutas va recuperando la actividad formativa para sus colegiados obteniendo una gran respuesta por parte del colectivo. De hecho, de los seis cursos programados hasta el momento, tres de ellos ya están completos. A continuación detallamos los cursos confirmados y con plazas disponibles para el segundo trimestre de este 2022.

### Cursos online organizados por el ICOFCV

#### Introducción a la Diatermia. Tratamientos musculoesqueléticos, dermatofuncionales y secuelas COVID-19 (2ª ed)

Fecha: 9 de abril de 2022  
Ponentes: Esmeralda Banacloy Martínez  
Duración: 7 horas (\*)Plazas agotadas, abierta lista de reserva.

#### Introducción a la Electrólisis Percutánea (2ª ed.)

Fecha: 22 de abril de 2022  
Ponentes: Javier Herraiz Garvín  
Duración: 7 horas

#### Curso Introductorio - Envejecimiento Saludable (2ª ed.)

Fecha: 13-14 de mayo de 2022  
Ponentes: Rosa María Maset Roig  
Duración: 7 horas

(\*) Los colegiados deberán abonar 15 € en concepto de reserva en el mismo momento de la inscripción que serán devueltos una vez comprobada su asistencia al mismo, tras la finalización de la formación.

Dispone de toda la formación del ICOFCV actualizada en la web [www.colfisiocv.com](http://www.colfisiocv.com)

Entra en la Agenda de nuestra web colegial  
y conoce toda la oferta formativa de Fisioterapia

# FORMACIÓN

CURSOS DE ALTA CALIDAD





**La mejor postura es...**

**...La que  
menos dura**



*Ponte en buenas manos.  
Consulta a tu fisioterapeuta.*



# ¡SÍGUENOS!



@lcofcv



@colegiofisioterapeutascv



@colegiofisioterapeutascv



@ICOFCV



620360596



@ICOFCV

## ¡Y visita nuestra web!

[www.colfisiocv.com](http://www.colfisiocv.com)