



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



Fisioteràpia
pediàtrica

Volumen XVII N°3
Diciembre 2021

2021

“Lo que parece un final puede ser un nuevo comienzo.”

“Lo que parece un final puede ser un nuevo comienzo”

Llegadas estas fechas y a punto de terminar el 2021, se nos acerca un nuevo año donde se abrirán nuevas oportunidades propicias para comenzar proyectos, plantearnos objetivos e intentar lograr nuevos retos profesionales.

Por ello, no quiero dejar pasar este momento para poder trasladaros todo el apoyo desde esta corporación que represento junto a los miembros de la Junta de Gobierno. El ICOFCV, vuestra institución, quiere acompañaros durante el 2022 y ser partícipe de vuestro futuro profesional.

Quiero trasladaros que este 2022 será un año que marcará la consolidación del ICOFCV como una de las instituciones referentes en España, no solo dentro del ámbito de la Fisioterapia sino del ámbito sanitario en general. Este logro será gracias a todos/as los fisioterapeutas que componemos este Colegio Profesional.

Nuestro mejor regalo para vosotros será dedicación, esfuerzo, trabajo e implicación para que la Fisioterapia sea una profesión respetada, comprometida y, sobre todo, valorada en la Comunidad Valenciana.

Por último, solo me resta en nombre de la Junta de Gobierno y en el mío propio, desearos unas Felices Fiestas y un ilusionante 2022.

José Casaña Granell
Decano del ICOFCV



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^a Marcos Reguero
Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y José Casaña Granell (Valencia)

COMITÉ CIENTÍFIC

José Casaña Granell (UV)
Yasmin Ezzatvar de Llagó (UV)
Josep C. Benítez Martínez (UV)
Sofía Pérez Alenda (UV)
Felipe Querol Fuentes (UV)
Juan José Amer Cuenca (CEU-UCH)
José Ángel González Domínguez (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

Mónica Alonso, Maribel Ródenas, Javier Merino, Sheila Garrido, M^a Teresa Montañana, Juan Carlos León, María Álvarez, Mari Carmen Lillo, Tino Silvestre, María Plasencia, Sara Cortés, Gloria Pomares, Virginia Ayuso, Claudia Tatiana Escorcía, Isabel Izquierdo, Santiago Sevilla, José Ángel González, Salvador Fernández, José A. Polo, José Lendoiro y Toni Font.

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·legi de Fisioterapeutes de la Comunitat 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

Querido colectivo de fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana

Despedimos este incierto 2021 (incierto por inseguro, dudoso, sufrido...) aportando un "granito" de esperanza, como profesionales sanitarios, a la más preciada joya de una sociedad: la infancia, nuestro futuro. En efecto, nuestro nuevo monográfico, como su título indica, aborda el acercamiento de la Fisioterapia al contexto infantil y sus protagonistas.

Debo confesar que, pese a no dedicarme actualmente a esta preciosa parcela de la profesión, sí que comencé trabajando con infantes en mi querida tierra onubense, abordando diversas patologías y variados "mocosos" (no solo por el término cariñoso, sino porque entonces afrontábamos mucha patología respiratoria pediátrica). Y, cómo no, ¿quién no recuerda a fuego su primer paciente?... Pues el mío fue precisamente una simpática chiquilla de un pueblecito de Huelva: María del Pino (¡qué gratos recuerdos, y cómo te marca iniciarte en la fisioterapia con niños!).

Pero nada tiene que ver la Fisioterapia pediátrica que se realiza actualmente, más de tres décadas después de lo que les estaba narrando: hoy, como podrán comprobar en las siguientes páginas, el desarrollo de esta modalidad fisioterápica es espectacular. El abanico de abordaje de nuestros profesionales es amplísimo, desde sencillas tortícolis congénitas (precisamente trato una estos días) hasta grandes patologías neuromusculares, pasando por las citadas enfermedades respiratorias.

Curiosamente, van a leer en esta revista una permanente reivindicación de la gran mayoría de nuestras firmas: la imperiosa necesidad de crear, de una dichosa vez, las especialidades de Fisioterapia en España, incluida, cómo no, la Pediátrica. ¡Ojalá así sea próximamente!

Como muestra del espectacular avance español en el campo neuropediátrico (y de la Bioingeniería también), la reciente noticia mediática que nos llega mientras escribo estas líneas: el CSIC acaba de diseñar el primer exoesqueleto para niños con atrofia muscular espinal. ¡"Casi na"! que dirían en mi tierra...

En fin, me faltan palabras de agradecimiento para los numerosos colaboradores de este número, pero permítanme un emotivo guiño a la pequeña protagonista de nuestra "Voz del paciente" y portada también de este nuevo ejemplar de "Fisioteràpia al Dial": Carmen, que junto a su mamá, Cristina (quien también aparece en nuestras páginas) acaba de ser noticia en los medios periodísticos valencianos debido a su delicada situación. Mil gracias por su valiosísimo testimonio a ambas.

Permítanme, como despedida, invitarles a todos ustedes a recordar, en esta tesitura, la preciosa canción de nuestro añorado artista Enrique Urquijo (el tristemente desaparecido líder musical de Los Secretos):

*Con la inocencia tan graciosa que cambia el nombre de las cosas
con ese brillo que te quita el frío cuando las noches lluviosas
Volver a ser un niño, volver a ser un niño*

¡Muchísima salud y esperanza para el 2022!

Sumari

05. Editorial

06. Monogràfic "Fisioteràpia pediàtrica"

08. El fisioterapeuta pediàtric

10. Parlem amb...

18. Atenció primerenca

22. Fisioteràpia neonatal

24. Clínica privada

28. Investigació

30. L'especialitat

32. Fisioteràpia escolar

36. Noves tecnologies

38. Fisioteràpia amb animals

40. La veu del pacient

44. Equip multidisciplinari

46. Racó jurídic

48. Racó històric

52. Info col·legial

66. Secció d'Investigació

68. Visió perifèrica

72. Racó del llibre

74. Benvinguts

Monogràfic
Fisioteràpia pediàtrica



Editorial ■



José Casaña Granell

.....
Decano del ICOFCV
Grado y Doctor en Fisioterapia
Licenciado en Educación Física
Diplomado en Enfermería

Estimados compañeros/as,

Aprovechando la temática del monográfico de esta revista "Fisioterapia pediátrica", en esta editorial me gustaría, al menos, mencionar otros aspectos que no se abordan desde la fisioterapia pero considero relevantes nombrarlos ya que afectan a la población infantil. Con estas palabras quiero denunciar la situación que muchos niños sufren en ciertos lugares del mundo, afectados por la desnutrición, la falta de educación e incluso por malos tratos y abusos. Reconocer públicamente iniciativas donde la fisioterapia estará presente con los más necesitados. En este sentido me complace comunicar que en la última Asamblea General del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) se acordó por unanimidad apoyar a la fundación Vicente Ferrer y dotar de recursos para que una veintena de fisioterapeutas puedan viajar a la India y ofrecer servicio fisioterápico de manera gratuita.

Con respecto a la Fisioterapia pediátrica, puedo afirmar que gracias a la formación e investigación constatamos cada vez más la importancia de la Fisioterapia en el tratamiento precoz de problemas de salud en la población infantil. La fisioterapia, como disciplina multimodal en su estrategia terapéutica, va encaminada a obtener el mayor nivel funcional en niños y, para ello, empleamos gran variedad de técnicas en el tratamiento de aquellas alteraciones congénitas, patologías musculoesqueléticas y desórdenes que afectan a un normal desarrollo de los pequeños.

Considero fundamental que aquellos que quieran embarcarse en la fisioterapia pediátrica tengan conocimientos en el desarrollo psicomotor evolutivo del niño, el aprendizaje sensorial y cognitivo, el control del movimiento, tanto básico como especializado, así como de los ajustes o adaptaciones que se producen durante el

crecimiento. Dominar estos aspectos ayudan al fisioterapeuta pediátrico en el momento de plantear las estrategias terapéuticas adecuadas y descubrir el potencial real del niño.

Cabe mencionar que ser profesor en la universidad te brinda la oportunidad de iniciar relaciones personales con tus alumnos, e incluso, mantenerlas una vez han terminado sus estudios, con la satisfacción de poder comprobar cómo estos se van forjando como fisioterapeutas, pero también cómo cada uno de ellos orienta su formación hacia ámbitos de actuación diversos. En este sentido, año tras año observo cómo muchos de los nuevos egresados encauzan su formación a la fisioterapia pediátrica, ámbito de actuación que precisa de una especialización reconocida.

En analogía al párrafo anterior, a pesar de no tener un reconocimiento oficial la fisioterapia pediátrica como especialidad, sin duda alguna, **es necesario que la administración contemple las especialidades en fisioterapia**, como ocurre en otras profesiones sanitarias. Actualmente el Ministerio de Sanidad tiene un borrador, elaborado desde el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España junto a diversas asociaciones y sociedades científicas, donde reflejan la necesidad de la fisioterapia pediátrica en el entorno sanitario.

Para terminar, y aprovechando estas fechas que nos acercan a nuevo año, deseamos que disfrutéis esta Navidad con vuestros compañeros, amistades y familiares. En nombre de la Junta de Gobierno del ICOFCV trasladaros que, un año más, nuestra implicación y dedicación será absoluta para contribuir a que este 2022 sea un buen año para la fisioterapia y para todo el colectivo. ¡Feliz Año Nuevo!





Fisioterapia pediàtrica

A pesar de que en España las especialidades en Fisioterapia no existen oficialmente, la realidad es que estas forman parte del día a día laboral del colectivo. Entre los diversos campos, sin duda, la fisioterapia pediàtrica es uno de los más específicos. Como nos cuentan los colaboradores de este número, nada tiene que ver un niño con un adulto, ni sus patologías, ni sus características antropomórficas. Lo que sí tiene en común con otras áreas es que la labor del fisioterapeuta es vital tanto en el tratamiento como en la prevención, más al tratarse de niños con un retraso en su desarrollo o riesgo de padecerlo, tal y como se refleja en este monográfico.

¿En qué consiste el trabajo del fisioterapeuta pediátrico?

La fisioterapia pediátrica es la disciplina de la fisioterapia que se encarga del asesoramiento, tratamiento y cuidado de aquellos bebés, niños/as y adolescentes que presentan un retraso general en su desarrollo, desórdenes en el movimiento (tanto congénitos como adquiridos) o que tienen riesgo de padecerlos. Como todos los sanitarios, los fisioterapeutas realizan trabajos de prevención primaria, secundaria y terciaria, e incluso, cuaternaria.

(*) Artículo elaborado con la colaboración de nuestra colegiada Mónica Alonso, presidenta de la Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica-SEFIP

1 PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria abarca todos aquellos programas o servicios encaminados al conjunto de la población infantil para favorecer el buen desarrollo motor y musculoesquelético de todos los niños, y consistiría en la creación de programas formativos para crianza favorecedora del movimiento libre, guías para padres, etc. Esta parte de la fisioterapia pediátrica tiene un papel importantísimo en los centros de salud, aunque también en clínicas privadas de fisioterapia pediátrica se puede hacer una prevención primaria magnífica si el niño no presenta signos de alarma o no es un niño de riesgo previo, tanto biológico como ambiental.

2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria consiste en el seguimiento continuado de los niños de riesgo previo a sufrir trastornos motores o musculoesqueléticos, por ejemplo, el seguimiento del niño prematuro que tiene más probabilidad de tener algunos trastornos como una parálisis cerebral. Este tipo de servicios se suelen realizar desde las unidades hospitalarias de Neurorehabilitación o los centros de atención temprana.

3 PREVENCIÓN Terciaria

La prevención terciaria sería la intervención continua de niños con retrasos en el desarrollo motor o alteraciones musculoesqueléticas o con signos de alarma. En este ámbito encontramos muchos servicios de fisioterapia pediátrica, pero, por poner un ejemplo diferente, podemos hablar de los servicios de fisioterapia escolar, tanto en colegios de educación especial como en colegios ordinarios.

4 PREVENCIÓN CUATERNARIA

Por último, es importante no olvidarnos de la llamada 'prevención cuaternaria' para no convertir en patológicos procesos naturales con la excusa de prevención primaria. Esto es, con la excusa de prevenir trastornos del desarrollo, fomentar la intervención desde fisioterapia para que un niño sin riesgos en el desarrollo y sin signos de alarma reciba intervención semanal por parte de un fisioterapeuta. Esto sería no tener en cuenta la prevención cuaternaria ya que esos niños no necesitan una intervención continuada por parte de ningún profesional de la salud, necesitan un seguimiento del desarrollo y una guía siguiendo los preceptos de la prevención primaria.

¿Cuáles son las principales patologías que tratan los fisioterapeutas pediátricos?

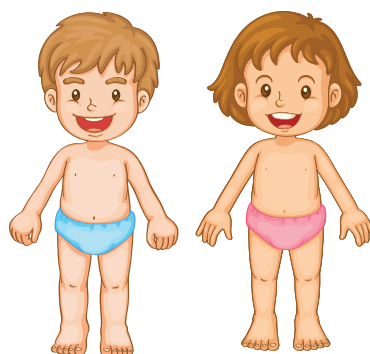
No todos los niños que reciben fisioterapia tienen una patología diagnosticada ya que muchos tienen signos de alarma motores o alteraciones posturales que pueden desaparecer con el crecimiento y un buen entorno enriquecido que estimule su desarrollo psicomotor.

De entre las patologías más comunes, podemos encontrar:

Trastornos neurológicos tipo parálisis cerebral o enfermedades neuromusculares (atrofia muscular espinal, distrofia muscular de Duchenne,...)

Síndromes congénitos que cursen con trastornos motores como el Síndrome de Down, o el de Rett

Afecciones músculo-esqueléticas (Acondroplasia, Luxación Congénita de caderas, Torticolis Congénita, Plagiocefalia...)



Enfermedades reumatológicas como la Artritis Reumatoide Juvenil o el Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentosa Benigno

Malformaciones congénitas como una Espina Bífida o un Defecto Cardíaco Congénito

Patologías ortopédicas como la Escoliosis o la Enfermedad de Perthes

Problemas respiratorios (Bronquiolitis, Fibrosis Quística, Asma,...)

Y otras patologías como las Osteocondrodisplasias o la Parálisis Braquial Obstétrica

¿Dónde encontramos a los fisioterapeutas en pediatría?

- Servicios de Rehabilitación de los Hospitales y centros de Atención Primaria
- Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana
- Escuelas (Ordinarias y de Educación Especial) y en los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico escolar
- Centros y clínicas privadas
- Algunas asociaciones



Parlem amb... Mónica Alonso

Fisioterapeuta experta
en Fisioterapia pediátrica
y presidenta de la SEFIP

La fisioterapia pediátrica es su vida, una labor por la que siente pasión y cuya bandera enarbola firmemente para defender todo lo que puede aportar a los niños con discapacidad, a sus familias y a la sociedad en general. Su experiencia, implicación y compromiso le han llevado a ser actualmente la presidenta de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría (SEFIP) pero el interés viene de muy atrás, de hecho, ha trabajado con niños desde que inició las prácticas de Fisioterapia. Docente e investigadora, nuestra colegiada Mónica Alonso es firme defensora de las prácticas centradas en la familia y basadas en la evidencia científica. En el *Parlem amb...* de este número, esta catalana de nacimiento, salmantina de corazón (toda su familia es de allí) y valenciana de adopción (vive en Valencia desde hace 16 años) nos cuenta en qué consiste el trabajo del fisioterapeuta pediátrico, el rol de los padres, la situación actual, las carencias y los retos de futuro.

En primer lugar, ¿por qué estudió Fisioterapia?

La verdad es que no lo sé exactamente. Creo que tener una persona con discapacidad en la familia fue una motivación a la que se sumó que de pequeña tuve problemas en una rodilla, tenía inflamación, no podía doblarla... nadie sabía darme una respuesta hasta que encontramos a un fisioterapeuta me ayudó. Y recuerdo que pensé: de mayor quiere ser lo que él (se ríe).

¿Y cómo empezó a trabajar en el campo de la fisioterapia pediátrica?

Todas mis prácticas de la carrera fueron en colegios de educación especial porque ya me parecía interesante el mundo de los niños con discapacidad, tanto que siempre me he formado en pediatría. Aunque empecé a trabajar con adultos con discapacidad, de hecho cuando me vine a Valencia fue a una residencia de personas con discapacidad intelectual, continuaba haciendo también intervenciones con niños en una ortopedia. A partir de aquí surgió la oportunidad de trabajar en el Centro de Educación Infantil y Atención Temprana L'Alqueria de la Universidad Católica de Valencia, en el que he estado casi una década, hasta hace dos años que cogí una excedencia.

¿Cómo pueden saber unos padres cuándo acudir a un fisioterapeuta infantil?

En nuestra comunidad autónoma, si hablamos de trastorno del desarrollo o riesgo de tenerlo, son los pediatras quienes en las visitas rutinarias del niño deben pasar herramientas de evaluación para detectar algún signo de alarma del desarrollo motor y en caso de detectarlo, derivarlo a los Centros de Atención Temprana (CAT) o a los fisioterapeutas.

Si es otro problema como plagiocefalia, que no gira bien la cabeza hacia ambos lados... los padres pueden ir directamente a un fisioterapeuta privado. No obstante, lo ideal es que primero vayan a su centro de salud y que su pediatra sea su figura de referencia. Recordemos que se llama Centro de Atención Primaria porque lo normal es que sea la puerta de entrada al diagnóstico de diferentes trastornos y que de ahí se pueda hacer la derivación; pero es cierto que ahora están muy saturados y a veces los padres acuden directamente a consulta clínica de fisioterapia.

¿Cómo ha cambiado el abordaje en fisioterapia pediátrica durante todos estos años?

Ha dado un giro de 180 grados. Desde la publicación de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad* (CIF) en el año 2001, y más concretamente desde que se publicó la CIF específica para *Infancia y Adolescencia* (CIF-IA) en el 2007, el paradigma de intervención en pediatría ha cambiado la forma en la que trabajamos con niños, dándole una importancia máxima al trabajo con las familias y cuidadores principales, ya que conseguir una intensidad de práctica es muy difícil si no llevamos las estrategias a la vida real del niño. Por ello, la intervención basada en paradigma CIF parte del trabajo colaborativo con familias, maestros, abuelos... para pensar qué necesidades existen en cada entorno donde el niño pasa su vida y pensar cómo incluir las estrategias terapéuticas más efectivas en esas rutinas diarias.

Cierto, se habla mucho del modelo de las prácticas centradas en la familia pero ¿en qué consiste exactamente?

Todo el equipo de profesionales, ya sea de forma interdisciplinar como transdisciplinar, hacemos una evaluación del funcionamiento diario del niño y de la familia, analizamos qué cosas hace el pequeño en cada entorno y con quién, y a partir de ahí buscamos qué necesidades tiene, qué dificultades encuentra en cada uno de esos entornos. Con esta base, pensamos estrategias con la familia para ir buscando soluciones, les mostramos cómo llevarlas a cabo y vamos adaptando cómo lo realizan para asegurarnos que sabrán hacerlas cuando nosotros no estemos. Esto les ayuda a entender por qué su hijo/a no hace determinadas cosas, por qué le cuesta realizar otras, a entender qué estrategias les funcionan en su caso... es decir, les acompañamos en lo que llamamos el proceso de empoderamiento.

Pongo un ejemplo: los programas de bipedestación tienen una evidencia recomendada para favorecer la buena formación de la cadera, entre otros beneficios, y debemos pensar qué momento del día es mejor para el niño y los cuidadores principales incluir el bipedestador, sin impedir la participación y vida social del niño, ya que por muy bueno que este sea, si al usarlo estamos impidiendo que el niño pueda salir al parque, la eficiencia de la estrategia ya no sería la misma porque el bipedestador pasaría de ser un facilitador a una barrera que impide la participación del niño en el entorno social.

Aún así, la realidad es que todavía estamos en un proceso de transformación importante en todo el país. Hay servicios que ya solo están dándose en los entornos (casa, colegio, parque,...) donde el niño vive, hay otros servicios que todavía están en la clínica pero incluyendo *role-plays* y otros que solo hacen clínica.

Para el fisioterapeuta ya no es 'te recibo' sino 'voy' ¿Cómo afecta esto a su trabajo?

El fisioterapeuta pediátrico debe aprender a gestionar esta nueva realidad laboral. La primera vez que fui a una casa, recuerdo que la situación fue desconcertante y me

“ El paradigma de intervención en pediatría ha cambiado la forma en la que trabajamos con niños, dándole una importancia máxima al trabajo con las familias y cuidadores principales en cada entorno del pequeño. ”

sentí incómoda porque no es tu lugar pero lo cierto es que ellos están más tranquilos, se sienten más seguros y ves que la adherencia a la intervención con este tipo de prácticas es más beneficiosa para el pequeño y la familia.

En cuanto a los métodos y técnicas, ¿cómo afecta el cambio de modelo?, ¿cuáles son las principales innovaciones?

En los últimos años se ha multiplicado significativamente la evidencia publicada sobre las intervenciones recomendadas en fisioterapia pediátrica, tanto, que a veces es complicado estar al día en prácticas basada en la evidencia.

Como resumen podemos decir que algunos de los Métodos más conocidos en nuestra profesión para tratar trastornos del desarrollo motor, aquellos basados en la normalización del movimiento, la estimulación refleja o los estiramientos pasivos, no están recomendados por la práctica clínica en patologías de origen neurológico. Y por otro lado, hemos conocido que las terapias activas basadas en estrategias terapéuticas "*Hands off*" y con intensidad alta, junto al control de estructuras corporales, están cada vez más respaldadas por las publicaciones de más alta calidad científica.



Así mismo, las terapias intensivas como la CIMT (terapia restrictiva de la mano y uso forzado) o el entrenamiento de marcha en cinta rodante (con o sin descarga de peso, combinadas o no con nuevas tecnologías como realidad virtual) están siendo utilizadas cada vez más con respaldo científico. Al igual sucede con el ejercicio terapéutico donde el niño realiza una progresión de carga, movimiento voluntario, estrategias de equilibrio, estiramientos activos, etc.; con o sin productos de apoyo como un asiento pélvico o un *mini-standing*, por ejemplo, es el día a día de nuestra intervención. Por otro lado, todos los niños deberían realizar actividad física continuada, a poder ser dentro de actividades lúdicas de alta intensidad, ya sea como deporte adaptado o inclusivo, o bien actividad terapéutica concreta como la terapia acuática, por sus múltiples beneficios con una asiduidad continuada para el trabajo de fuerza, equilibrio...

Sin embargo, en las patologías más estructurales como una torticolis muscular congénita, por ejemplo, los estiramientos pasivos siguen siendo la recomendación para llevar a práctica, siempre acompañados de cambios en las rutinas familiares que consigan el posicionamiento del niño

durante el día a día, en colaboración con los cuidadores principales... ves, vuelve a salir el entorno del niño (sonríe).

¿Cómo se llevan las estrategias y las técnicas fisioterápicas al entorno?

Las estrategias terapéuticas son las mismas de siempre lo que cambia es cómo llegas a ponerlas en marcha. En una práctica tipo experto o clínico, tú evalúas y decides lo que hay que hacer, sin más. Ahora, los padres te dicen qué necesidades tienen, los ves en su entorno e incluyes la estrategia terapéutica para que el niño mejore en acciones que ellos quieren conseguir, siempre con tu guía como profesional especialista en desarrollo motor y musculoesquelético.

Aquí quiero reseñar un aspecto importante: hay muchos tipos de técnicas de fisioterapia pediátrica pero no todas tienen la misma recomendación científica. Solo aquellas que están basadas en evidencia científica, las llamadas técnicas *hands off* (manos fuera), cuadran perfectamente en las prácticas centradas en la familia.

“ Hay muchos tipos de técnicas de fisioterapia pediátrica pero solo aquellas que están basadas en evidencia científica, las llamadas *hands off*, cuadran perfectamente en las prácticas centradas en la familia. ”



¿Qué rol tienen que asumir los padres?

Uno de los aspectos que quiero aclarar es que cuando se habla de prácticas centradas la familia, la gente cree que los padres se convierten en terapeutas y no es cierto. En realidad, los padres se convierten en terapeutas cuando les decimos lo que han de hacer a modo de ejercicio desde las prácticas tipo experto. Por ejemplo, debe realizar esto tres veces a la semana y ellos tienen que dedicar parte extra de su tiempo para llevarlo a cabo con su hijo/a.

En las prácticas centradas en la familia es diferente porque el foco es mejorar acciones de la rutina diaria, les damos estrategias para modificar algo que hacen habitualmente con el objetivo de que sea más funcional. No dejan de ser padres, lo único que realizan son pequeñas modificaciones para ayudar a su hijo.

¿Y el papel del niño?

Obviamente, como hay un trastorno motor, tiene que existir una parte activa, movimiento. Pero para que haya aprendizaje, lo más importante es que haya motivación, esto lo sabemos de hace muchos años, por lo que siempre hay que buscar algo motivante para que el niño quiera hacer el esfuerzo de realizarlo. Aquí volvemos a la importancia del entorno. Las rutinas, poder hacer lo que hace toda su familia, imitarlos, es un kit de motivación para ellos. Sin duda, también intentamos incluir el juego dentro de la terapia que proponemos ya que es una herramienta muy importante para motivarlos.

¿Conoce el pediatra y el resto de sanitarios el valor de la fisioterapia pediátrica?

Cada vez más pero no de forma generalizada, y en esto influyen varios motivos. El primero, el porcentaje de niños que tiene trastornos o riesgo de padecerlos es un 10%, que es mucho pero podemos encontrarnos pediatras que jamás han tenido uno. Además, la especialidad de pediatría es muy extensa y no todos tienen una formación marcada en desarrollo.

Y un motivo autocrítico. Si un pediatra se encuentra con un fisioterapeuta que hace pseudoterapias, y esto se da, su experiencia le puede llevar a pensar que todos hacemos lo mismo y no volver a derivar. Como colectivo y como profesionales sanitarios debemos regular y ser críticos con nuestra forma de llevar a cabo la intervención, controlar lo que hacemos, informar sobre qué técnicas no tienen evidencia científica y fomentar la coordinación entre profesionales, colegios, sociedades científicas, etc.

¿Cree que en el ámbito público se cubren las necesidades existentes?

Para nada. La lista de espera en los Centros de Atención Temprana es larguísima, de más de 1.000 niños, sin contar los que no introducimos. Han abierto varios centros desde este verano pero faltan más y con al menos un fisioterapeuta en cada uno a jornada completa. Los CAT tratan a niños de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo. Dentro de ese riesgo están los niños de riesgo biológico, prematuros, pero ahora mismo solo asistimos a los que están por debajo de la semana 32, de la semana 32 a la 37 no vienen, los ven en los centros de salud y salvo que detecten algo no nos los derivan. A esto se suman los niños en riesgo de exclusión social que nos tendrían que llegar antes por servicios sociales.

Además, debería haber al menos un fisioterapeuta en cada UCI neonatal así como en los servicios de pediatría de todos los hospitales. También deberíamos estar en los equipos de orientación de los colegios ordinarios para facilitar la inclusión del menor.

Los fisioterapeutas tienen una capacidad de mejora funcional del paciente muy importante demostrada por la ciencia. Está claro que incrementar las plantillas requiere aumentar el gasto pero de tener un niño con discapacidad a no tenerlo a largo plazo ahorras mucho dinero, aparte de lo que supone para la persona.

¿Cómo les puede perjudicar el retraso?

Puede ser determinante. Un niño con un signo de alarma puede evolucionar bien si se coge a tiempo, de ahí el adjetivo 'temprana'; igual no es el mejor a nivel motor

pero no tendrá discapacidad. A menudo, las familias parece que luchan contra Goliat; nadie sabe lo que es la Atención Temprana hasta que la necesita.

¿Echa en falta algún recurso específico para estos niños?

Muchos. Los fisioterapeutas que están en colegios tienen la función principal de que esos niños accedan al currículum escolar no de realizar intervención directa con ellos por lo que sería muy interesante que existiera un servicio público de rehabilitación funcional para niños a partir de los 6 años, siguiendo la línea de Atención Temprana. Tampoco hay un recurso público que de una intervención más allá de la etapa escolar. Y otra cosa más: no deberíamos olvidar que los niños con discapacidad viven haciendo terapia y eso no es vivir, vivir es mucho más, creo que tenemos que llenar la existencia de los niños de vida, a veces es mejor buscar un recurso de ocio terapéutico como hacer deporte inclusivo dependiendo del nivel, terapia acuática, que esté con otros niños y sea divertido.

Antes ha citado los colegios, ¿por qué es tan importante la figura del fisioterapeuta en los ordinarios?

Es verdad que a día de hoy, con el sistema de educación actual, hay niños que es difícil incluirlos en un colegio ordinario pero deberíamos procurar conseguirlo. Si tengo un niño con una discapacidad y tengo que llevarlo a un 'cole' especial lo alejo de su entorno social más cercano, incrementado la distancia que ya hay con el resto de menores. ¿Qué vida de amigos de barrio va a tener? Cuando baje al parque el fin de semana ¿con quién se va a relacionar si no conoce a nadie? A nivel de inclusión social la situación actual de la educación diferenciada no tiene ningún sentido.

Además, defiendiendo la inclusión porque quiero que los niños de hoy, que serán los adultos de mañana, sepan lo que es la discapacidad y si algún día tienen hijos con ella sufran menos que los padres con los que yo trato, que sepan enfrentarse mejor a esa situación porque no les es desconocida. La inclusión comunitaria social empieza en una escuela inclusiva.

¿Se requiere alguna cualidad específica para ser fisioterapeuta pediátrico?

Además de gustarte los niños, tienes que tener una sensibilidad especial para no juzgar porque intervienes con familias que sufren realidades muy delicadas a nivel emocional. A menudo te encuentres situaciones fácilmente juzgables desde la distancia pero ¿qué harías tú en su lugar? Hay que saber acompañar y para eso es necesario escuchar, empatizar y a veces callar. A menudo las familias solo necesitan hablar, sentirse comprendidas.

Es importante también aprender a gestionar las emociones, no puedes llevarte la mochila llena de problemas ajenos porque hay que seguir trabajando. En ocasiones es duro, la familia está en un proceso de duelo y pueden estar pasando momentos de negación, y no debes tomártelo como algo personal...

Y por supuesto, hay que tener una destacada capacidad de trabajar en equipo de verdad, sin imponer.

¿Qué le diría a los fisioterapeutas que se sientan atraídos por este campo?

Que es el trabajo más bonito del mundo. Jamás nadie le va a agradecer a un fisioterapeuta su labor como unos padres cuando has ayudado a su hijo. Siempre digo que yo gano más que dinero. Profesionalmente, es una especialidad maravillosa pero poco conocida.

Usted es la presidenta de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría (SEFIP), hablemos de ella...

Es una sociedad científica sin ánimo de lucro que nace en 2003 y agrupa a fisioterapeutas involucrados en el ámbito de la pediatría. En estos momentos somos alrededor de 700 socios. Nuestro objetivo principal es potenciar la práctica basada en la evidencia científica en la fisioterapia pediátrica además de fomentar que se cree la especialidad.



¿Por qué cree que es importante que se creen las especialidades en Fisioterapia?

Las especialidades en general son muy importantes y en este campo más porque no tiene nada que ver un niño con un adulto o con una persona de la tercera edad; son momentos vitales diferentes, como también son distintas sus características antropomórficas y las patologías que sufren. Una persona que se especialice en pediatría no va a estudiar Alzheimer y una persona que se especialice en geriatría no va a estudiar la displasia congénita de cadera porque no tiene sentido. La pediatría como cuerpo de conocimiento propio tiene sus propias patologías.

En todos los países que existen las especialidades, está la fisioterapia pediátrica. Creo que aquí también llegarán, no sé cuánto tardarán ni cómo se regularán pero la pediatría tiene que ser una de ellas. De hecho, todas las profesiones sanitarias tienen especialidad en este campo (medicina, odontología, enfermería, podología, ...) no tiene sentido que Fisioterapia no tenga.



¿En qué proyectos están trabajando en estos momentos en la SEFIP?

En abierto, ahora mismo tenemos varios proyectos para que la ciencia y la evidencia lleguen a todos. Por una parte, un proyecto de divulgación científica a través de redes sociales mediante infografías, vídeos, entrevistas..., y por otra, realizamos traducciones al español de algunas guías clínicas o artículos muy interesantes que están en inglés para que el idioma no sea una barrera.

Para los socios, hemos creado vocalías y comisiones de trabajo que están colaborando con otras sociedades científicas, asociaciones de padres,... Así mismo, estamos llevando a cabo diversos proyectos de investigación y todo el trabajo que realizan las delegaciones provinciales.

Y respecto a la fisioterapia pediátrica, ¿cuáles son los retos de futuro?

Sin duda, mejorar las prácticas que se hacen. Para ello, creo que habría que incrementar el número de personal público y mejorar las condiciones laborales

“ Como retos de futuro creo que habría que incrementar el número de personal público y mejorar las condiciones laborales... Debería haber mínimo un fisioterapeuta en cada UCI neonatal así como en los servicios de pediatría de todos los hospitales. También en los equipos de orientación de los colegios ordinarios. ”

para que algunos compañeros no tengan que entrar en líneas peligrosas en sus clínicas para mantener una actividad que les permita estar abiertos. Y por otro lado, regular la formación que se da en fisioterapia pediátrica. Todavía hay universidades donde hacen formaciones de técnicas que ya no están recomendadas, los alumnos salen al mercado sin una formación basada en evidencia, un hándicap para que mejore la práctica clínica. Creo que los colegios profesionales, las sociedades científicas y el Ministerio tienen algo que decir. Que haya gente haciendo pseudociencia no nos ayuda a ninguno.

Por último, algún agradecimiento...

A nivel personal, a mis padres porque han trabajado muy duro para darme una profesión, a mi familia por hacerme sentir tan especial con cada logro y a mi marido por apoyarme y comprender mi alta dedicación laboral. Y a nivel profesional, a todas las personas de la Junta directiva anterior de la SEFIP, sobre todo, a Lourdes Macías y a Joaquín Fagoaga, que han sido mis mentores; y a todos los mis compañeros de la Junta actual por acompañarme en este proyecto, nunca podré agradecerles todo su trabajo.

El rol del fisioterapeuta en Atención Temprana



Maribel Ródenas

Colegiada 206

Fisioterapeuta pediátrica en el CDIAT de la Asociación APSA (Alicante)

Coordinadora Nacional de delegados de SEFIP (zona sur)



En la CV hay

60

Centros de Atención Temprana

- 9 provincia Castellón
- 21 provincia Alicante
- 30 provincia Valencia

La Intervención Temprana en España se inicia a finales de los años 70 donde los centros de estimulación precoz tenían un enfoque rehabilitador centrado en tratar las limitaciones del niño. No es hasta el año 2000, con la publicación del *Libro Blanco de Atención Temprana*, cuando se amplía la visión de este enfoque hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria, y se resalta que la Atención Temprana debe ser un servicio público, universal y gratuito para todos los niños y familias que lo precisen, siendo el centro de la intervención el niño, la familia y el entorno. Actualmente contamos con varios documentos de referencia que presentan un enfoque moderno de la intervención temprana basado en el conocimiento que la evidencia científica más reciente nos aporta. Entre ellos se encuentran: el *Libro Naranja de la Atención Temprana* elaborado por profesionales de la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana- GAT, el *Manifiesto de Atención Temprana* de la Asociación Española de Intervención en la Primera Infancia y el *Documento Marco de Fisioterapia en Atención Temprana* elaborado por el Grupo de trabajo de Fisioterapia en Educación y Atención Temprana del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.

De estos referentes, podemos extraer que la Atención Temprana es una prestación que tiene como finalidad atender a menores entre los 0 y los 6 años que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, y a sus familias, a través de la realización de acciones biopsicosociales preventivas y/o asistenciales, coordinadas por un equipo multidisciplinar que puede trabajar de manera interdisciplinar o transdisciplinar sobre el propio niño, la familia y/o el entorno habitual para facilitar la adquisición de recursos y competencias que contribuyan al restablecimiento del equilibrio familiar así como al aprovechamiento de las situaciones naturales que viven diariamente los y las menores y sus familias con el objetivo de generar oportunidades de práctica dentro de las rutinas que potencien su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando de la forma más completa su autonomía personal y su inclusión en el medio familiar, escolar y social ^[1, 2, 3].

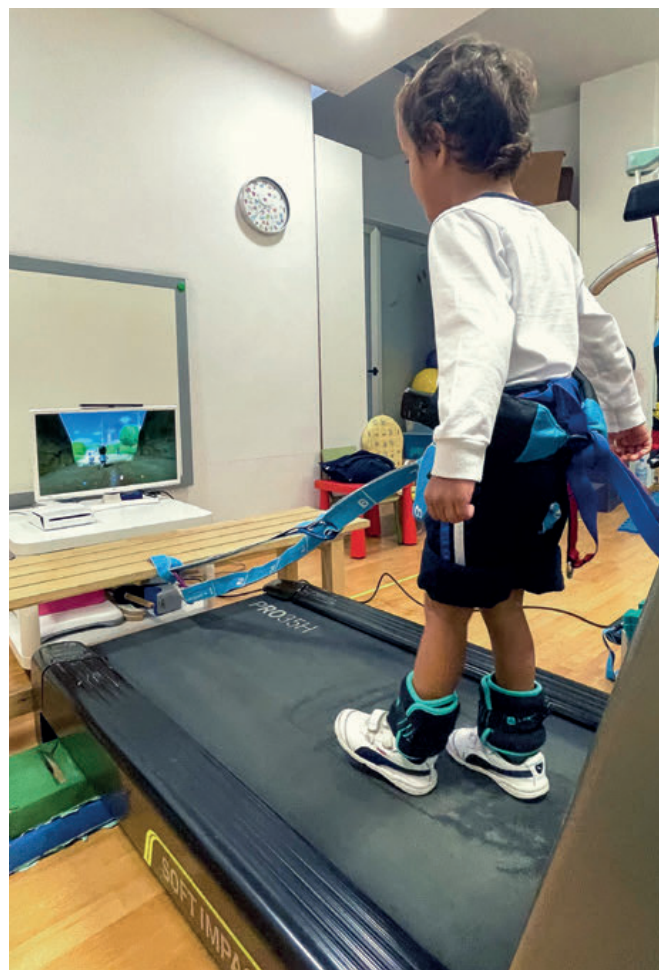
Los servicios de referencia de la Atención Temprana son los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), que en la Comunidad Valenciana son dependientes de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. En los CDIAT, el fisioterapeuta forma parte del equipo de valoración e intervención y trabaja en coordinación con otros profesionales como psicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, técnicos en atención temprana...

Nos encontramos en un momento en el que la Atención Temprana está viviendo un proceso de transformación hacia prácticas basadas en la evidencia, coexistiendo actualmente diferentes paradigmas de intervención: algunos equipos trabajan de manera transdisciplinar en los entornos naturales del niño mediante una planificación de la intervención centrada en la familia y, en otros casos, el niño y la familia son atendidos en centros ambulatorios donde se trabaja de manera interdisciplinar, con una mayor variabilidad en la involucración de las familias durante las sesiones de intervención. No obstante, todos los equipos deben cumplir una premisa fundamental para garantizar los estándares de calidad de la atención: trabajar en colaboración con la familia (y el niño) y el resto de los profesionales que forman parte de la vida del menor (desde los servicios de salud, educativos, sociales...) para detectar qué riesgos concretos presenta el niño, cuáles son sus necesidades específicas y las de su familia, con qué apoyos cuentan, qué barreras y facilitadores encontramos para su participación en los diferentes entornos donde realiza sus rutinas diarias... y, de este modo, establecer un plan de intervención realista que satisfaga dichas necesidades, que sea viable y que consiga la mayor adherencia posible por parte de la familia y de las personas que se encargan del menor en su día a día.

El *Documento Marco de Fisioterapia en Atención Temprana* analiza la figura del fisioterapeuta en este ámbito, sus competencias específicas y transversales y los estándares académicos y de calidad de las actuaciones de fisioterapia en Atención Temprana, entre otros.

La labor concreta del fisioterapeuta de Atención Temprana dentro de los equipos de los CDIAT es atender a aquellos niños que presentan trastornos motrices conocidos o riesgo de padecerlos debido a su condición, entre ellos:

- *Recién nacidos de riesgo biológico*: bebés prematuros (especialmente los menores de 32 semanas de edad postmenstrual o menores de 1500 gramos) o bebés a término que han sufrido condiciones neonatales adver-



sas que supongan riesgo para el neurodesarrollo (encefalopatía hipóxico-isquémica, hemorragias cerebrales, hidrocefalia, malformaciones cerebrales...).

- *Recién nacidos con diagnóstico de una condición concreta que curse con trastorno motor*: parálisis cerebral, síndrome de Down, hipotonías benignas, artrogriposis múltiple congénita, parálisis braquial obstétrica, espina bífida, agenesias de un segmento corporal, displasias óseas, otros síndromes poco frecuentes...

- *Lactantes y niños pequeños con retraso del desarrollo motor o con signos de riesgo neurológico* como: incapacidad para mantener sedestación en mayores de 9 meses, no mover un brazo o ser claramente asimétrico en su movimiento espontáneo a los 6-9 meses, no caminar en mayores de 18 meses, marcha en puntillas...

- *Lactantes con riesgos para el desarrollo motor derivados de causas ambientales* (baja calidad estimular, situaciones de riesgo socioeconómico...).



El fisioterapeuta de Atención Temprana ejerce de acompañante del niño y la familia con el objetivo de promover el desarrollo sensoriomotor del menor teniendo en cuenta su ritmo evolutivo, sus características personales y las particularidades familiares y de los entornos



Usaria del CDIAT de Asociación APSA aprovechando, junto a su familia, momentos de la rutina de juego en el parque, seleccionados mediante trabajo colaborativo con su fisioterapeuta, con el objetivo de fomentar el desempeño con la extremidad superior derecha

Todos los niños que son atendidos en un CDIAT pasan por un proceso de valoración inicial y un posterior seguimiento específico del desarrollo. El fisioterapeuta colabora como parte del equipo interdisciplinar en el uso de herramientas de valoración validadas que permiten determinar el nivel de desarrollo global del pequeño y cuenta con herramientas estandarizadas específicas para el área motora, para obtener información del estado de sus estructuras y funciones corporales, de las capacidades durante la ejecución de actividades motoras propias de su edad y de su nivel de desempeño motor. Asimismo, la entrevista con la familia ayudará a determinar las necesidades en los entornos en los que se desenvuelve el niño, sus rutinas, sus preferencias, sus hábitos de crianza... siendo toda esta información relevante para elaborar el plan de intervención.

La intervención específica del fisioterapeuta de Atención Temprana debe apoyarse en la evidencia científica, evitando aquellos enfoques en los que el niño y la familia son agentes pasivos y abarcando las diferentes dimensiones de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* desde el prisma de la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

El fisioterapeuta de Atención Temprana ejerce de acompañante del niño y la familia con el objetivo de promover el desarrollo sensoriomotor del menor teniendo en cuenta su ritmo evolutivo, sus características personales y las particularidades de la familia y de los entornos en los que se desenvuelve, desde un enfoque "hands off", donde las tareas a desempeñar por el niño y las condicio-

nes en las que estas se desempeñan son cuidadosamente escogidas tanto durante las sesiones de intervención como en los programas domiciliarios, buscando que el pequeño encuentre soluciones a través del movimiento o del desplazamiento para llevar a cabo una tarea propia del momento de desarrollo que vive como, por ejemplo, acceder a la bipedestación apoyándose en el mobiliario en un lactante que ha demostrado interés por ponerse de pie y empieza a ser capaz de mantenerse.

Este acompañamiento a la familia requiere de habilidades para el trabajo colaborativo con los cuidadores principales con el objetivo de que sean partícipes tanto en el proceso de evaluación como en la toma de decisiones clínicas. Trabajar en este sentido contribuye a generar sentimiento de competencia en la familia y, en consecuencia, oportunidades para el niño de experimentar en entornos enriquecidos, de contar con dispositivos de apoyo, en caso de precisarlos, que eviten la aparición de preferencias posturales o de posturas de riesgo y permitan la exploración y la interacción a través del movimiento en el hogar y en la comunidad.

Asimismo, es esencial acompañar a la familia, responder a sus dudas y demandas e informarles acerca de las intervenciones que han demostrado mejor efectividad y relación coste-beneficio versus aquellas con bajos niveles de evidencia en este sentido, para que puedan tomar decisiones lo mejor fundamentadas posibles respecto al plan de intervención o respecto a la búsqueda de otras terapias que puedan complementar o apoyar la intervención que el niño recibe en el CDIAT.

Asimismo, desde los servicios de fisioterapia de Atención Temprana, se elaboran dispositivos de apoyo de bajo coste para niños que presentan trastornos motrices que limitan su desempeño habitual y suponen un retraso en el acceso a la sedestación, la bipedestación o la marcha, viéndose mermadas sus posibilidades de interacción con el entorno, sus iguales y sus seres queridos y, por tanto, su desarrollo socioafectivo, cognitivo y de la comunicación. Estos dispositivos, que se confeccionan a medida y se van renovando conforme el niño crece para garantizar la mejor adaptación posible a su cuerpo, tienen un doble objetivo: fomentar la participación del niño en su día a día y su inclusión social (por ejemplo, por el vecindario o en la escuela infantil) y cuidar sus estructuras corporales ya que favorecen el buen posicionamiento. Entre dichos productos se encuentran los asientos moldeados para la realización de actividades en sedestación, los *standings* para la consecución de programas de carga en bipedestación en niños con riesgo para la estabilidad de las caderas por ser no deambulantes o presentar alteraciones significativas del patrón de marcha, las adaptaciones para un acceso al desplazamiento temprano en aquellos niños con limitaciones motoras importantes o las férulas estáticas y dinámicas para las extremidades superiores y/o inferiores.

Entre las labores transversales del fisioterapeuta de Atención Temprana, al igual que ocurre con el resto de los profesionales que conforman el equipo de un CDIAT, se encuentran: la coordinación con otros profesionales y servicios, atención a familias desde enfoques como la realización de charlas o talleres, y/o grupos de apoyo mutuo (con la guía de un profesional y manteniendo la esencia colaborativa entre familias y profesionales), la formación y/o reuniones de reflexión con el resto de profesionales del equipo de intervención y la tutorización de las estancias prácticas de los alumnos del Grado de Fisioterapia. Asimismo, muchos compañeros realizan labores de docencia, investigación y divulgación que aportan valor a nuestra profesión en relación con este campo específico de la fisioterapia pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS:

1. Documento Marco: Fisioterapia en Atención Temprana. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. 28/10/2020. https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/publicaciones/publicacion_1.pdf
2. Atención Temprana. La visión de los profesionales. GAT.2018. <http://www.avap-cv.com/images/Documentos%20basicos/GAT-LA-VISI%C3%93N-DE-LOS-PROFESIONALES.pdf>
3. Manifiesto de Atención Temprana. AEIPI. 2020. https://drive.google.com/file/d/1Ni4wQ0SolY0Ls1AgMeeNRhnhpna1A_3u/view



Usaria del centro utilizando diferentes dispositivos de apoyo en el entorno del hogar y en la comunidad. La coordinación entre familia, fisioterapeuta, técnico ortoprotésico y médico especialista resulta imprescindible para que la persona pueda obtener los recursos que más se ajustan a sus necesidades

ATENCIÓN TEMPRANA EN LA CV

3300 plazas en CDIAT aproximadamente
5600 niños/as son atendidos
1000 menores en lista de espera



Usaria del CDIAT utilizando andador como dispositivo de apoyo para desplazarse potenciando así la conducta exploratoria de la niña; y *flexi-standing* para ganar estabilidad en bipedestación, control en caderas y tronco y fuerza en las extremidades inferiores; ambos elaborados por la familia en coordinación con su fisioterapeuta

La fisioterapia al inicio de la vida, la fisioterapia neonatal



Javier Merino Andrés

Colegiado 927 - COFICAM

Fisioterapeuta pediátrico en el Centro Crecer de Toledo

Profesor asociado del grado de Fisioterapia de la Universidad de Castilla la Mancha

La fisioterapia se encuentra en todas las etapas de la vida, esto incluye el inicio de la misma, por lo que dentro de la fisioterapia surge un campo de conocimiento ligado a la pediatría neonatal. Este ámbito de actuación está enfocado principalmente al neonato y al prematuro, donde el estado de salud del niño hace necesario la intervención del fisioterapeuta para la mejora de la funcionalidad del mismo en los distintos sistemas que componen el cuerpo humano como el músculo-esquelético, el neuromuscular, el cardiovascular, el pulmonar, etc. Además de realizar una labor de detección temprana de niños de alto riesgo neurológico y de acompañamiento a la familia durante un momento crítico para ellos, ya que, la incertidumbre suele ser lo más común en todos los casos.

De esta manera, los fisioterapeutas pediátricos neonatales deben tener unos conocimientos ligados a los cuidados centrados en el desarrollo, al entorno del niño y de la familia, al neurodesarrollo, al sistema sensorial, al sistema músculo-esquelético, al manejo del dolor neonatal y a la detección temprana, entre otros, que son aplicados tanto en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como en el posterior acompañamiento del niño y de su familia en el hogar así como en su derivación al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Esto genera varios entornos donde poder realizar nuestras funciones: el ámbito sanitario asociado a la UCIN y el ámbito social o sanitario o educativo asociado a los programas de atención temprana (estos programas se encuentran englobados en distintas Consejerías según la Comunidad Autónoma en la que nos encontremos).

La labor que presta el fisioterapeuta que trabaja en el ámbito neonatal cuenta con distintas herramientas que pueden ir destinadas a distintos aspectos. Uno de ellos es a la valoración, principalmente de los sistemas o áreas del desarrollo, como la motricidad gruesa, el dolor, la función respiratoria, el pronóstico o el riesgo neurológico y el riesgo perinatal; entre otras. También cuenta con herramientas para la intervención como el masaje (técnicas para la mejora gastrointestinal; para la disminución del dolor neonatal, para mejorar el apego familiar o



La figura del fisioterapeuta en el ámbito neonatal es imprescindible debido al trabajo que realiza, una labor preventiva, evaluadora, clínica y de acompañamiento familiar; mejorando la funcionalidad y la dinámica tanto del niño como de su familia; por ello la fisioterapia es esencial en las UCIN y en los CDIAT



para la disminución del estrés de las familias), la terapia acuática, la estimulación del movimiento, la fisioterapia respiratoria, protocolos de estimulación orofacial, las movilizaciones con coaptación para la maduración del sistema músculo-esquelético, etc.

Por tanto, la intervención del fisioterapeuta pediátrico en la edad neonatal es fundamental no sólo en ese primer momento de la vida, sino también en el posterior seguimiento y acompañamiento del niño y de la familia para la mejora de la función y del funcionamiento de ambos en todos los entornos naturales del pequeño. La inclusión de nuestra figura en las UCIN y en los CDIAT supone un gran recurso para las distintas administraciones, consiguiendo que el niño prematuro y de riesgo neurológico permanezca menos tiempo en las unidades de intensivos por la mejora de las funciones así como de la maduración de los distintos sistemas; consiguiendo una disminución del coste sanitario al tener una menor estancia en estos servicios, detectando de manera temprana a los niños de alto riesgo para la mejora funcional a largo plazo en todos sus entornos naturales.

En esta línea, según distintos científicos realizados hasta la fecha, protocolos de estimulación táctil realizados en las unidades de intensivos neonatales presentan una disminución de una semana y media de estancia en dicho servicio, mejorando las funciones del pequeño, el estrés de la familia y disminuyendo costes sanitarios.



El fisioterapeuta Javier Merino realizando seguimiento a un bebé prematuro

Protocolos de estimulación táctil realizados a niños prematuros en la UCIN presentan una **disminución** de

1 semana y media de estancia en dicho servicio, mejorando las funciones del pequeño, el estrés de la familia y disminuyendo costes sanitarios

Toda esta labor del fisioterapeuta pediátrico neonatal se realiza gracias al trabajo en equipo, donde es muy necesario escuchar a la familia para conocer sus preocupaciones y sus objetivos; para poder darles estrategias que fomenten la adquisición de aquellos.

Por todo lo expuesto con anterioridad, la figura del fisioterapeuta en el ámbito neonatal es imprescindible debido al trabajo que realiza ya que tiene la posibilidad de llevar a cabo una labor preventiva, evaluadora, clínica y de acompañamiento familiar; mejorando la funcionalidad y la dinámica tanto del niño como de su familia; por lo que la fisioterapia es esencial en las UCIN y en los CDIAT de todo el territorio español.

La fisioterapia pediátrica en la clínica privada



Sheila Garrido Costa

Colegiada 4295
Fisioterapeuta pediátrica
Centro Sheila Garrido. Terapia Pediátrica y Neurológica
Profesora asociada de prácticas de la universidad CEU UCH
Delegada de Castellón de la SEFIP

¿Debería existir la fisioterapia pediátrica en clínica privada? Es una reflexión que nos hacemos muy a menudo ya que si atendemos al derecho fundamental a la salud, nos refiere que dicho derecho es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Asimismo, se reconoce en el artículo 43 de la Constitución y se concreta en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), que establece su financiación pública, universalidad y gratuidad.

Entonces, si existen realmente servicios como los de atención temprana dirigidos a la población infantil de 0-6 años ¿por qué existen estas clínicas? No es por su forma asistencial o por otras razones que nos podamos imaginar; los servicios de atención temprana realizan una gran labor a nivel del niño, familia y entorno, siendo muchas veces el primer marco de referencia que reciben. Tampoco hay una única respuesta pero sí os puedo brindar algunas que nosotros experimentamos a diario y que dan cabida a nuestra clínica privada. Así pues, las familias buscan clínicas privadas debido a las largas lista de espera que tienen estos centros de atención temprana por falta de recursos públicos de este tipo para atender a toda la población que deberían, ya que se estima que el 10% de la población infantil puede llegar a necesitar asistencia. Otra razón podría ser que desde Conselleria reciben el alta demasiado pronto, no llegando a cumplir la parte asistencial que define el propio centro de atención temprana. Estas altas muchas veces son dadas para aligerar las largas listas de espera y/o porque al niño se le da otra asistencia pública en la que se considera que ya está cubierto, tal como sería en el colegio, hospital, etc. o simplemente porque después de los 6 años continúan necesitando acompañamiento y buscan respaldo en la clínica privada.

Desde el ámbito de la clínica privada pediátrica existen muchas perspectivas y maneras de actuar. Nosotros intentamos preservar el derecho fundamental a la salud, tratando al niño de forma holística incluyendo a la familia y su entorno.

En cuanto a la parte asistencial, debemos de estar siempre actualizados y en formación constante para poder brindar a nuestras familias lo mejor. Actualmente, realizamos un modelo mixto de intervención, desempeñando tanto intervención clínica, siempre acompañados de la familia teniendo en cuenta los objetivos que ellos tienen y empoderándoles; como intervención en el entorno, asesorándoles en el hogar o en actividades deportivas o de ocio que desempeñen y coordinándonos con el colegio y/o otros profesionales, para así promover los objetivos marcados y conseguir una mayor generalización y participación del niño. Cabe destacar que en los últimos años la evidencia científica lleva la mirada hacia intervenir más en entornos naturales y en realizar Prácticas Centradas en la Familia.

Para conseguir los objetivos marcados no realizamos solo una técnica o un tratamiento específico, debemos ver al niño junto a su familia de forma globalizada, valorar con ellos sus necesidades y su entorno e individualizar; cada familia es única. Para ello, utilizamos estrategias de intervención basadas en el sistema de Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) que algunas veces se verán enriquecidas con técnicas específicas tales como movilizaciones articulares, entrenamiento muscular de fuerza y resistencia, fisioterapia respiratoria, entrenamiento de la marcha (*treadmill* con suspensión parcial del peso), realidad virtual (Wii, Kinect,...), Terapia de Movimiento Inducido por Restricción (TMIR), realización de ayudas de bajo coste (bipedestadores, asientos moldeados, mini-standings), entre otros. Nuestra intervención debe buscar siempre la motivación del niño mediante el juego para la estimulación del aprendizaje fomentando la independencia.



“ Para conseguir los objetivos marcados no realizamos solo una técnica o un tratamiento específico, debemos ver al niño junto a su familia de forma globalizada, valorar con ellos sus necesidades y su entorno e individualizar; cada familia es única ”

Se estima que el **10%** de la población infantil puede llegar a necesitar asistencia

“ Dejo una última reflexión: ¿dónde queda la parte asistencial de los adolescentes con patologías crónicas?... Necesitaríamos que se crearan servicios de atención post-temprana para la atención de los niños y sus familias pasados los 6 años ”



A la izquierda, Yasmin, paciente de nuestra colegiada, en su bipedestador haciendo uso de sus manos. En la foto de la derecha con el andador en el entorno exterior

Al mismo tiempo, involucramos a la familia, empoderándoles para que el aprendizaje del niño pueda verse intensificado y, con ello, lleve a la generalización y a una mayor participación e inclusión del niño en su entorno.

En nuestra clínica tenemos un gran abanico de pacientes pero si tuviéramos que destacar las principales patologías que atendemos serían: parálisis cerebral en todas sus manifestaciones, síndromes genéticos, distrofias musculares, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos de la coordinación, algún trastorno ortopédico, plagiocefalias y tortícolis congénita y trastornos respiratorios crónicos y agudos.

Finalmente, en cuanto al rango de edad que atendemos puede variar mucho. Podemos encontrarnos con bebés, niños en su etapa de desarrollo temprana e incluso adolescentes. Aquí, nuevamente, os dejo una última reflexión ya que ¿dónde queda la parte asistencial de los adolescentes con patologías crónicas? Muchas veces, encontramos familias con hijos adolescentes con síndromes o parálisis cerebral, entre otros, que siguen necesitando el acompañamiento y la guía ya que en cada etapa aparecen nuevas necesidades y retos que deben afrontar (por ejemplo una microcirugía por el crecimiento, una escoliosis que se instaura, qué deporte podría realizar...). Subrayar que, aunque estos niños pueden tener un fisioterapeuta escolar, la función de dichos profesionales no es realizar terapia sino favorecer la participación del niño en el entorno escolar. Así pues, ante la demanda de sus nuevas necesidades lo ideal sería que pudieran acudir de forma puntual a servicios de neurorrehabilitación públicos, pero para ello necesitaríamos que se crearan servicios de atención post-temprana para la atención de los niños y sus familias pasados los 6 años.

Un enfoque desde el Concepto Bobath



Mª Teresa Montañana Pérez

Colegiada 515

Doctora. Fisioterapeuta en Centro de Terapia Infantil

Tutora Bobath EBTA

La fisioterapia pediátrica es una disciplina terapéutica especializada en el abordaje de los trastornos sensorio-motores acontecidos durante la infancia y/o adolescencia, tanto agudos como crónicos. Para lo cual, se requiere una formación altamente especializada en el desarrollo típico del niño, conocimiento sobre control y aprendizaje motor y sobre procesos neuropatológicos, junto con un conocimiento de la neurociencia y evidencia científica que dote de un marco conceptual y práctico de razonamiento clínico, como el que nos proporciona a los fisioterapeutas el concepto Bobath.

El perfil de menores que se tratan en el ámbito privado es el de niños que presentan patologías o disfunciones neurológicas, traumatológicas, síndromes genéticos, niños en riesgo, con prematuridad y pequeños con retrasos psicomotores idiopáticos. Dentro de estos, los más prevalentes son los niños con trastornos sensorio-motores de origen neurológico, en donde se encuentra comprometida la globalidad del niño, por lo que esto, da lugar a la necesidad de llevar a cabo el tratamiento desde un equipo transdisciplinar, del que forma parte el fisioterapeuta.

El tratamiento se inicia con la valoración, en las distintas áreas del niño, sobre las características específicas y en todos los entornos posibles, para tener una visión realista y objetiva de las habilidades (actividades funcionales y participación), a través del análisis del movimiento y control postural. Las herramientas empleadas para la valoración incluyen las entrevistas con la familia, cuidadores y el menor; observación; manejo y tratamiento, así como el empleo de escalas, test y pruebas estandarizadas, que permitirán el establecimiento de los impedimentos primarios y secundarios. Como resultado de la valoración, se establecerán objetivos funcionales significativos para el niño y su familia, cuyo logro cons-



tituya una mejora en su calidad de vida, independencia y autonomía, preparando al niño para el futuro. Los programas de tratamiento se ajustan a las necesidades individuales del pequeño y se van modificando en función de la variabilidad del propio niño, en cada momento. El enfoque de tratamiento está basado en el entrenamiento de las tareas funcionales que son significativas para el niño y la familia, la modificación del entorno y el manejo terapéutico. Es importante trasladar el programa de tratamiento a la vida diaria del niño (manejo 24 horas), incluyendo a la familia como miembros del equipo. Se valora al menor junto con los padres y/o cuidadores principales, de manera que, se les va explicando de forma que entiendan las capacidades y el potencial que tiene su hijo, así como las dificultades. A los padres, se les hace partícipes del tratamiento, acompañan en el proceso, no siendo los terapeutas.

Desde el ámbito de la fisioterapia privada, se lleva a cabo una estrecha colaboración con profesionales directamente relacionados con el pequeño, como son: fisioterapeutas escolares y de centros de atención temprana, médicos, profesores, ortopedas, logopedas, terapeutas ocupacionales y personal de apoyo. Este abordaje interdisciplinar permite un mayor desarrollo del potencial del niño.

Integración de fisioterapeutas en estudios clínicos del Hospital La Fe



Juan Carlos León Castro

Colegiado 2075

Fisioterapeuta pediátrico en el Hospital
 Universitari i Politècnic La Fe de Valencia



María Álvarez Cerezo

Colegiada 3691

Fisioterapeuta pediátrico en el Hospital
 Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

El Hospital La Fe se encuadra en el grupo de los hospitales de tercer nivel, establecimientos de una gran complejidad, de referencia nacional y donde trabajan especialistas para la atención de problemas patológicos muy complejos, con instalaciones y personal muy especializado, entre los que nos incluimos los fisioterapeutas.

Dentro de las Unidades de Referencia con las que cuenta el Hospital, se encuentra la recientemente creada "Unidad de Enfermedades Neuromusculares pediátrica", en la cual estamos integrados dos fisioterapeutas, María y yo.

Las Enfermedades NeuroMusculares (ENM) son un conjunto de más de 150 patologías consideradas como enfermedades raras que pueden debutar en cualquier etapa de la vida, aunque más comúnmente durante la infancia; son en su mayoría de naturaleza progresiva y de origen genético y la característica común a todas ellas es la pérdida progresiva de fuerza muscular. Las más conocidas en la infancia son la "Distrofia Muscular de Duchenne" (1/3500 nacidos varones) y la "Atrofia Muscular Espinal" (1 de cada 6000 a 10000 nacidos vivos). Actualmente se censan en España unas 60.000 personas afectadas de una ENM.

Dentro de la Unidad no solamente realizamos tratamientos clínicos o exploraciones funcionales a los niños con enfermedades neuromusculares, sino también participamos en diferentes ensayos clínicos.

Existen diferentes terapias farmacológicas en investigación para las ENM, ninguna de ellas consigue la cura de la enfermedad, aunque ya hay tratamientos que pueden retardar la progresión y/o prevenir complicaciones secundarias a la enfermedad. Hay un consenso en la necesidad básica de la fisioterapia para el tratamiento de todas ellas. De hecho, cada vez más se exigen fisioterapeutas para la colaboración en los ensayos clínicos propuestos por empresas farmacológicas, realizando el *screening* y seguimiento de los pacientes durante la etapa de ensayo.

En cada ensayo hemos tenido que superar una etapa de aprendizaje de cada una de las escalas de valoración que aplicamos en cada sesión. No solamente debemos saber implementar las escalas, sino que nos realizan una evaluación continua para que todos los fisioterapeutas de los diferentes centros las apliquemos de manera uniforme siguiendo el protocolo propuesto en cada ensayo clínico y así evitar el sesgo interexplorador.

Escalas de valoración que son específicas para la patología a tratar como la CHOP INTEND (*The Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders*), específica para niños con Atrofia Muscular Espinal tipo I. Para pacientes con AME tipo II o III es más difícil especificar una escala que valore los hitos funcionales por la gran variabilidad en sus logros funcionales; hasta ahora los niños con AME tipo II logran sentarse y estar de pie pero no deambulan independientemente;



los niños con AME Tipo III pueden caminar sin ayuda. Para ellos se diseñó la escala Mammersmith (HFMS o HFMSE) que evalúa desde el volteo o elevar la cabeza en supino, hasta deambular o subir escaleras, abarcando un gran arco funcional.

Existen otras escalas que aplicamos para evaluar, por ejemplo, la funcionalidad del Miembro superior en aquellos niños con debilidad de tronco no ambulantes, como la ULM (*Upper Limb Module*) o la RULM (*Revised Upper Limb Module*) permitiendo explorar todavía más en detalle la función limitada de las extremidades superiores.

Escalas específicas para los niños con DMD son la escala *North Star Ambulatory Assessment* (NSAA) validada para niños mayores de cinco años, o su versión modificada que se puede usar en niños entre 3 y 5 años. O la escala realizada a niños ambulantes de *6 Minutes Walk Test* marcha (6MWT) que nos evalúa de forma integrada la respuesta de los sistemas respiratorio, cardiovascular, metabólico, músculo esquelético y neurosensorial al estrés impuesto por el ejercicio, y nos da información detallada de la capacidad de deambular del niño con DMD.

Estos últimos ensayos han propuesto fármacos como el Nusinersen (Spinraza®), aprobado por la Agencia Europea del medicamento en mayo de 2017 e incorporado al Ministerio de Sanidad para su administración en marzo de 2018, que es el "primer medicamento eficaz" en el tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal y que hace que los fisioterapeutas tengamos que cambiar el paradigma de tratamiento de esta enfermedad y pasar de plantear objetivos para paliar las secuelas de una enfermedad degenerativa a plantear objetivos para aumentar las capacidades funcionales de estos pacientes con AME.

Seguimos estando integrados en los equipos de investigación como fisioterapeutas, intentando aumentar y/o mejorar los recursos terapéuticos de estos niños con una enfermedad rara (DMD o AME) y cumplir con el principal objetivo que tenemos los fisioterapeutas con cada uno de nuestros pacientes, que es mejorar su calidad de vida.

La Fe es un hospital de referencia en fisioterapia pediátrica en la Comunidad Valenciana.

Cuenta con una Unidad específica de Fisioterapia pediátrica desde 1970 que actualmente está integrada por

7 fisioterapeutas
y 2 terapeutas ocupacionales

EL VALOR DE LA FISIOTERAPIA EN LOS HOSPITALES

Otro ejemplo de los beneficios que aporta la fisioterapia, en general, para el tratamiento y mejora de los pacientes en los hospitales y, en particular, para los niños, es el ensayo que llevaron a cabo varios colegiados del ICOFCV, fisioterapeutas en el Hospital La Fe de Valencia.

Bajo el título "La eficacia de un sensoriomotor oral. Protocolo de estimulación para el logro temprano de la alimentación oral exclusiva en lactantes prematuros", los autores demostraron que aquellos neonatos prematuros de entre 25 y 30 semanas de vida que recibieron estimulación peri e intraoral a través de la intervención del fisioterapeuta alcanzaron un nivel óptimo de succión en un periodo de tiempo entre admisión y alta hospitalaria significativamente menor al observado en el grupo de control que recibió el protocolo estándar, que no incluye esta intervención, disminuyendo el número de días hasta el alta hospitalaria y reduciendo el número de complicaciones resultantes de aspiración traqueal.

La importancia de la especialidad en Fisioterapia Pediátrica



Mari Carmen Lillo Navarro

Colegiada 481

Profesora e investigadora del Área de Fisioterapia en la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

Responsable de la Comisión de Investigación y de la vocalía de Educación Universitaria de la SEFIP

Imagina que tienes un hijo prematuro y que frente a su incubadora hay un médico generalista que va a hacer todo lo posible para conseguir sacarlo adelante. ¿Verdad que resultaría impensable? ¿Por qué en otras disciplinas como la Medicina o la Enfermería nadie se cuestiona la necesidad de especialización de los profesionales y en Fisioterapia llevamos años solicitándola?

Mientras en países como Estados Unidos, Reino Unido o Suecia, entre otros, existen las especialidades en Fisioterapia desde hace años, y a pesar de que todas las entidades que representan a la Fisioterapia en España han reivindicado y apoyado su reconocimiento desde al menos la última década, el Ministerio de Sanidad “no reconoce las especialidades y considera el título de Grado en Fisioterapia suficiente para la prestación de las funciones de los fisioterapeutas con garantías de calidad.”

La Fisioterapia Pediátrica es, de facto, una especialidad altamente demandada por la sociedad y que requiere una gran formación a muchos niveles. A pesar de la creciente calidad de la formación en Fisioterapia Pediátrica impartida en los estudios de Grado en las Universidades, esta no es suficiente para realizar una práctica clínica especializada de calidad si no se complementa con formación adicional. En un estudio reciente realizado por un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica -SEFIP, cuyos datos aún no han sido publicados, se concluyó que, en España los estudiantes de Fisioterapia reciben una media de 72 horas totales de formación especializada en Fisioterapia Pediátrica durante el Grado y, en la mayoría de los programas docentes, esos contenidos suponen parte de varias asignaturas y no de una asignatura única sobre la especialidad. Así mismo, únicamente el 23% de las universidades proporcionan a todos sus estudiantes universitarios de Fisioterapia prácticas clínicas de Fisioterapia Pediátrica. Y del total de estudiantes que hacen estas prácticas durante sus estudios de Grado, casi la mitad realiza menos de 100 horas.

Los niños tienen características antropomórficas y funcionales propias, diferentes a las de los adultos, que además varían con el crecimiento. El colectivo de fisioterapeutas pediátricos necesita una gran comprensión no sólo del desarrollo evolutivo de los pequeños en diferentes áreas, sino también sobre sus posibles variaciones, valoración funcional, herramientas de evaluación, diagnóstico fisioterápico, razonamiento clínico, acompañamiento a las familias, comunicación, trabajo en diferentes tipos de equipos, relación interprofesional, condiciones y patologías específicas de la infancia, así como también de las diferentes intervenciones y estrategias para el abordaje de las mismas. Junto a todo ello, tendremos en cuenta no sólo la funcionalidad sino también la participación del niño y la familia en sus entornos, así como un gran conocimiento sobre detección temprana de signos de alarma motores, perceptivos, funcionales y músculo-esqueléticos que precisen derivación a otros profesionales para su diagnóstico. A todas luces es evidente que se necesita una formación adicional para adquirir estos y otros conocimientos y competencias necesarios para poder realizar un buen abordaje en Fisioterapia Pediátrica, como así lo demuestra la gran cantidad de cursos y formaciones de Postgrado, Especialista y Máster Universitario existentes en la actualidad en nuestro país.

Especialmente durante las últimas décadas, la formación en Fisioterapia Pediátrica, tanto de Grado como de Postgrado, ha experimentado un gran cambio cualitativo, promoviendo el uso del conocimiento basado en la evidencia y abandonando progresivamente algunas propuestas obsoletas y carentes de base científica que se utilizaron ampliamente en el pasado. No obstante, algunas formaciones todavía siguen manteniendo contenidos carentes de evidencia científica, y la ausencia de una regulación al respecto enlentece en parte el avance de la Fisioterapia Pediátrica como disciplina basada en el conocimiento científico y pone en duda el compromiso ético de algunos profesionales sanitarios con la sociedad así como la credibilidad frente a otros colectivos de profesionales sanitarios.

La existencia de una especialidad regulada en Fisioterapia Pediátrica permitiría unificar los conocimientos básicos, profundizar en el aprendizaje, proporcionar a los pacientes una atención mucho más comprometida y dirigida a sus necesidades y ayudaría a luchar contra el uso de pseudociencias y de estrategias y recomendaciones carentes de evidencia. Además, teniendo en cuenta que la neuroplasticidad de los niños es mucho mayor en las primeras fases de su desarrollo y, por tanto, sus posibilidades de aprendizaje y mejora, resultaría fundamental establecer una homogeneidad en los conocimientos y



¿Por qué en otras disciplinas como la Medicina o la Enfermería nadie se cuestiona la necesidad de especialización de los profesionales y en Fisioterapia llevamos años solicitándola?



LA FORMACIÓN EN FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA DURANTE EL GRADO, NO ES SUFICIENTE PARA EJERCER EN ESTE ÁMBITO

Los estudiantes reciben una media de **72** horas de **formación en Fisioterapia pediátrica** en las universidades españolas.i

Sólo el **23%** de las universidades españolas proporciona **prácticas clínicas** de Fisioterapia pediátrica a **todos sus alumnos**.

De los estudiantes que realizan esas prácticas, casi **la mitad** realizan **menos de 100** horas.

competencias adquiridas por los profesionales que ejercen la Fisioterapia Pediátrica en el ámbito nacional que permitiera una detección e intervención más eficiente y un mejor uso de los recursos disponibles, lo que favorecería la equidad en la provisión de servicios a los niños y a sus familias.

El fisioterapeuta escolar en el contexto de la Comunidad Valenciana



Tino Silvestre Vicent

Colegiado 503

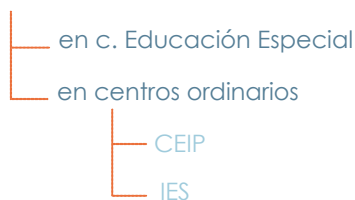
Fisioterapeuta en el Colegio Público de Educación Especial (CPEE) Sanchis Banús de Ibi (Alicante)

Coordinador de la Comisión de Fisioterapia Escolar del ICOFCV



En la CV alrededor de
160

fisioterapeutas
 trabajan en
 centros educativos



No es fácil explicar en unos pocos párrafos la singularidad del trabajo de un fisioterapeuta pediátrico que atiende a niños y niñas en un ámbito muy concreto, el educativo. Pero como me han dado la oportunidad de hablar sobre ello, voy a intentarlo.

Calculo que en la Comunidad Valenciana unos 160 fisioterapeutas trabajamos en centros educativos, ya sea en Colegios de Educación Especial (CEE) o en centros educativos ordinarios, tanto en Colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP) como en Institutos de Educación Secundaria (IES). De los 160, unos 130 son funcionarios de la Conselleria de Administraciones Públicas y trabajan en centros públicos. El resto lo hacen en los CEE (y en algún CEIP) concertados, y muy pocos en los CEE dependientes de otras administraciones públicas como las diputaciones. Si con todo ello no hubiera suficiente variedad, por diferentes motivos que no vienen al caso, un fisioterapeuta de un colegio o instituto en la provincia de Alicante tendrá un trabajo con unas particularidades diferentes a su compañero/a de la provincia de Valencia o Castellón.

Otro matiz importante que hay que tener en cuenta para entender la figura del fisioterapeuta en educación en nuestra comunidad es que la mayoría, los que trabajamos en centros educativos públicos, somos personal funcionario de la Conselleria de Justicia, Interior y Administración Pública, pero trabajamos en centros dependientes de la Conselleria de Educación. Esta situación hace que se tengan que adaptar unas condiciones laborales (Decreto 42/2019) en un lugar de trabajo, los centros escolares, organizados desde una estructura diseñada para los profesionales docentes y que se regula a través de una normativa específica para ellos. Y esto no siempre ha sido sencillo. Por ello, en 2018, se firmó el denominado "pacte educatiu" entre ambas consellerias y las organizaciones sindicales en el que se negociaron las funciones, distribución de la jornada, formación y algunos aspectos más que era necesario actualizar y clarificar.



Una sedestación estable es fundamental para la realización de las actividades manipulativas en el aula

Una vez puesto en contexto la parte más laboral de nuestro trabajo, podemos entrar en el perfil funcional o en el rol del fisioterapeuta en el ámbito educativo. Según Sofía Rodríguez, el modelo actual de intervención del fisioterapeuta con los niños con dificultades de movilidad en la escuela se sustenta en 3 pilares (Rodríguez-Uribes, S. 2018):

- En primer lugar, las "valiosas aportaciones que la neurociencia ha hecho a la práctica clínica de los fisioterapeutas neuropediátricos en relación a la adquisición del movimiento" (Rodríguez-Uribes, S. 2018). No voy a profundizar en este punto porque seguro que ya se habrá comentado en algunos de los artículos de esta revista.

- El segundo pilar sería el cambio de paradigma en el concepto de la discapacidad, teniendo como base la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, OMS, 2001). Todos sabemos que "la CIF supone una mirada positiva de la discapacidad, centrada en cómo las personas pueden vivir y funcionar con sus características y particularidades, más allá de los déficits y limitaciones que presentan, y en la que el contexto donde se desarrollan es contemplado como primordial. El entorno se

convierte en facilitador o limitador de su participación, el determinante de su capacidad o discapacidad, y el elemento clave en su funcionamiento y estado de salud" (Hoyas y Casbas, 2015).

- El último punto, en el que sí quiero extenderme más, es cómo se da "respuesta a las necesidades y características del alumnado escolarizado" (Rodríguez-Uribes, S. 2018) que en nuestra comunidad viene definido por el Decreto Valenciano de Equidad e Inclusión Educativa (Decreto 104/2018) y toda la normativa que de él se deriva.

Como podemos leer en el cartel de dicho Decreto, disponible en la web de la Dirección General de Inclusión Educativa, "la educación inclusiva parte de la base de que cada alumna y cada alumno tiene necesidades únicas y la consideración de la diversidad como un valor positivo que mejora y enriquece el proceso de aprendizaje y enseñanza. Supone garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso, la participación y el aprendizaje del alumnado en contextos comunes y, al mismo tiempo, posibilita el aprendizaje a lo largo de toda la vida." (Decreto Inclusión, 2018).



El fisioterapeuta busca la funcionalidad de aquellas actividades o tareas dentro de la jornada escolar que tengan un alto componente de movilidad (postura, desplazamientos y uso funcional de la mano y el brazo) trabajando con el resto del equipo educativo para identificar e intervenir sobre las barreras de acceso al aprendizaje y la participación



Por ello, la Orden 20/2019 indica que los fisioterapeutas somos “personal especializado de apoyo a la inclusión” que debe “llevar a cabo una intervención de carácter educativo con criterios inclusivos” y, por lo tanto, “las intervenciones de carácter médico o sanitarias se tienen que derivar y atender desde el sistema de salud...”. Y más concretamente, en las instrucciones de inicio de curso para los CEIP e IES se dice que “la intervención se debe desarrollar, salvo circunstancias excepcionales, en el contexto del aula ordinaria y en estrecha coordinación con las tutoras, los tutores y el equipo docente”. Siguiendo la misma línea, en el Manifiesto de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría (SEFIP) sobre Fisioterapia en Educación se menciona que los fisioterapeutas damos apoyo al “alumnado con dificultades de movilidad que implican restricciones de acceso al aprendizaje y a la participación en la vida escolar.”(SEFIP, 2021).

Como vemos, en la normativa queda claro cuál debe ser nuestro perfil como profesionales de atención directa con el alumnado, pero además, ayudado por el cambio del modelo de orientación valenciano, los fisioterapeutas, según el Decreto 72/2021, formamos también parte de los equipos de orientación, que tienen entre otras funciones “participar en la evaluación sociopsicopedagógica”, siendo esta un “proceso necesario para la identificación de las necesidades de apoyo educativo que pueda presentar el alumnado”.

Este aspecto es muy novedoso pues hasta hace no muchos cursos, simplemente con el informe del médico rehabilitador indicando el diagnóstico y la necesidad de fisioterapia era suficiente para que en el informe psico-



En la foto de arriba, Tino Silvestre adaptando la propuesta del maestro de educación física para que el alumno pueda jugar al bádminton con sus compañeros. En esta foto, dando apoyo físico al alumno durante la clase



La intervención conjunta entre la maestra/educadora y el fisioterapeuta es constante tanto en el aula como en las salidas que se realizan como muestra esta foto



El uso del andador apropiado permite a este niño su participación activa en la fiesta de Halloween de su colegio, facilitando así su inclusión



Nuestro colegiado dando el soporte que precisa el alumno de un colegio ordinario para realizar una pequeña excursión con su clase de 4 años



Realizando adaptaciones en las bicicletas y usando triciclos adaptados, cualquier alumno/a puede realizar esta actividad en educación física

pedagógico se determinara que un alumno o alumna precisaba tratamiento de fisioterapia en el colegio, siendo en numerosos casos de una manera ambulatoria, es decir, los padres debían llevar a su hijo o hija a otro centro para recibir dicho tratamiento. He usado la palabra "tratamiento" dos veces en este párrafo y, como algunos habrán notado, no aparece más veces en el artículo, y no es un despiste mío.

Se ha avanzado mucho en poco tiempo, con un gran esfuerzo y trabajo por parte de la Dirección General de Inclusión Educativa. No obstante, aunque la normativa publicada es clara al respecto, aún hay aspectos de nuestro trabajo por concretar que deberían plasmarse en unas instrucciones específicas sobre la figura del fisioterapeuta en educación, donde quedara concretado aún más cuál es nuestro perfil, los criterios de intervención y su intensidad, la organización del apoyo del fisioterapeuta y, por supuesto, se regularan las itinerancias por fin. Otro punto importante que quiero mencionar es que aún no se considera necesaria la presencia de algún fisioterapeuta en las recién creadas Unidades Especializadas de Orientación de referencia en discapacidad motriz (una en cada provincia); espero que, dentro de poco tiempo, la Administración se de cuenta de lo beneficioso y necesario que sería contar en esos equipos con la figura de un fisioterapeuta y algún perfil profesional más.

Por último, quiero acabar mencionando que es necesario que se mejoren los temarios de los procesos selectivos de oposición; no podemos seguir pidiendo convocatoria tras convocatoria a los opositores que estudien unos temarios del siglo pasado, cuando el alumnado al que atendemos precisa intervenciones del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS:

- SEFIP (2015). A camino entre la integración y la inclusión: una mirada desde la fisioterapia pediátrica en la escuela. <http://www.sefip.org>
- SEFIP (2021). Manifiesto sobre Fisioterapia en Educación. <http://www.sefip.org/manifiesto-sobre-fisioterapia-en-educacion/>
- Hoyas, I y Casbas, M. (2015). El fisioterapeuta en la escuela: el porqué del trabajo basado en rutinas y centrado en el entorno. *Revista ÀÀF Àmbits de Psicopedagogia i Orientació*. 42, 36-44.
- Rodríguez-Uribes, S (2019). El fisioterapeuta en la escuela inclusiva desde un modelo de intervención funcional y de participación, centrado en las rutinas del aula y la familia. *Revista Cuestiones de fisioterapia*, 48(1), 65-75.
- Rodríguez-Uribes, S (2019). Necesidad de un documento marco para la Fisioterapia en educación. *Revista Cuestiones de fisioterapia*, 48(2), 77-78.
- Rodríguez-Uribes, S. (2015). *La Fisioterapia en la Escuela*. Editorial Circulo Rojo.
- Sarrías, J. (2018). El fisioterapeuta en entornos educativos específicos. En L. Macías y J. Fagoaga (2ª Ed.), *Fisioterapia en Pediatría* (pp. 427-438). Editorial Panamericana.
- Casbas, M. (2018). El fisioterapeuta en entornos educativos ordinarios. En L. Macías y J. Fagoaga (2ª Ed.), *Fisioterapia en Pediatría* (pp. 439-450). Editorial Panamericana.

Aplicación de recursos tecnológicos en fisioterapia pediátrica



María Plasencia Robledo

Colegiada 1967

Fisioterapeuta en el Centro de Atención Temprana El Grao
Hermanas Hospitalarias Valencia

En el proceso de rehabilitación del niño debemos recordar que el aprendizaje y rehabilitación motora debe centrarse en movimientos funcionales o tareas significativas en un entorno relevante, motivante, con un gran número de repeticiones y una retroalimentación adecuada. Teniendo en cuenta estas consideraciones, los recursos tecnológicos reúnen una serie de características que los convierten en herramientas con gran potencial terapéutico también en población pediátrica.

Sabemos que el rendimiento motor mejora cuando la condición de práctica coincide con la situación de la vida real, así como el aprendizaje motor y la transferencia de la tarea a la vida real. Sin embargo, en ocasiones cuando las capacidades motrices están limitadas y el niño no puede o presenta dificultades para realizar una determinada tarea y, por lo tanto, no puede practicarla de manera efectiva, recibe retroalimentación negativa o ausente, provocando que se desanime y se desmotive.

El uso de recursos tecnológicos nos permite presentar oportunidades de aprendizaje motor en entornos facilitadores ya que el niño interactúa dentro del entorno virtual, realizando tareas funcionales o similares en juegos con diferentes niveles y dificultad. Esto permite al fisioterapeuta determinar y ajustar según las capacidades del pequeño las demandas de la tarea a realizar dentro del entorno virtual que parece y se percibe de manera similar a los eventos del mundo real.

Dependiendo de cómo el niño interactúe con el entorno virtual y cómo esté representado en él se definen diferentes sistemas de realidad virtual. En población pediátrica, los más empleados son sistemas de realidad virtual no inmersiva, en los que mediante una pantalla el menor se ve a través de un avatar e interactúa con el sistema gracias a diferentes interfaces de detección de movimiento. Entre ellos, están los sistemas en los que se interactúa con el entorno virtual sólo por medio de movimientos corporales (ej. consola Kinect®), sistemas basados en sensores y captura de movimiento que el pequeño sostiene o usa (ej. consola Wii®) o interacción con el entorno virtual que se realiza con la ayuda de un *mouse*, *joystick*, pulsador u otro dispositivo. El desarrollo de interfaz de fácil manejo incorporado en algunas consolas,



María Robledo con una usuaria del centro durante una sesión de Fisioterapia con consola Wii®



Usuario del CAT usando una moto eléctrica adaptada y con acceso mediante pulsador

como el mando de la Wii®, fomenta la participación e integración de aquellos niños con dificultades motrices más severas puesto que en ocasiones con un pequeño gesto motor se puede interactuar con el dispositivo.

Además, la motivación que representan las nuevas tecnologías para la mayoría de los pequeños favorece que la actividad sea repetida más veces, permitiendo que el niño pueda practicar y perfeccionar diferentes capacidades motrices como el equilibrio, movimientos funcionales del miembro superior, coordinación, etc. a través de los mecanismos de ensayo-error. Para ello, la retroalimentación es un aspecto muy importante en la motivación del menor ya que este precisa saber cuándo y por qué una tarea se completó con éxito así como cuáles han sido sus errores para promover el aprendizaje y evitar la frustración. La mayoría de sistemas de realidad virtual incorporan *feedback* visual y auditivo inmediato cuando el niño interactúa con ellos, por tanto, favorecen el *feed-forward* de su actividad motriz.

Otra ventaja que nos proporcionan es que algunas de las nuevas tecnologías permiten que la terapia se utilice en el hogar, ya sea con menos supervisión o en forma de telerrehabilitación, es decir, interacción con el fisioterapeuta a larga distancia. El hecho de que podamos emplear como herramientas de rehabilitación sistemas concebidos originalmente para el ocio (por ejemplo, consolas) favorece esta oportunidad de trasladar y/o complementar la intervención en el entorno del niño y aumentar así la frecuencia de entrenamiento diario, ya que tanto su manejo como su coste son asequibles para la mayoría de familias.



El uso de recursos tecnológicos nos permite presentar oportunidades de aprendizaje motor en entornos facilitadores ya que el niño interactúa dentro del entorno virtual, realizando tareas funcionales



En conclusión, es necesario, por parte de los fisioterapeutas, que empecemos a conocer con más profundidad cómo determinados recursos tecnológicos, ya sean comerciales (consolas) o sistemas más sofisticados, permiten mejorar y entrenar un amplio abanico de habilidades motoras de manera eficaz y en un contexto extremadamente motivador; además de poder ser empleados como instrumentos para valoración o para evaluar el resultado de la intervención.

Los recursos tecnológicos deben ser siempre entendidos y empleados para ayudar al menor a conseguir objetivos funcionales y no exclusivamente estructurales; no debemos olvidar que nuestra meta como fisioterapeutas pediátricos es mejorar la función diaria del niño en su entorno y esto requiere transferencia de las habilidades o tareas entrenadas desde el entorno virtual al mundo real.

Fisioterapia asistida con animales: una propuesta de intervención para niños con diversidad funcional



Sara Cortés Amador

Colegiada 2164
Fisioterapeuta
Profesora Facultad de Fisioterapia de la Universitat de
València y Co-fundadora de Fundación ACAVALL

Las intervenciones asistidas con animales, en los últimos años, han aumentado su visibilidad en España, sin embargo, todavía son muchas las personas que desconocen en qué consisten. Existen multitud de creencias asociadas a las mismas: "terapias alternativas", "médicos de cuatro patas" o "caballos que curan". Todas ellas, creencias irracionales sobre las capacidades terapéuticas de los animales, más relacionadas con lo mágico o con lo místico que con la consideración de que están basadas en hechos empíricos y demostrables. Existen supuestos que sostienen que la mera interacción entre la persona y el animal es curativa y que es el animal quien ejerce el cambio de forma espontánea por sus propiedades naturales. Nada más lejos de la realidad.

La terapia asistida con animales, en concreto la fisioterapia asistida con animales, en palabras de la *International Association of Human-Animal Interaction Organizations* (IAHAIO, 2018), es una intervención terapéutica planificada, estructurada y con objetivos definidos, la cual es conducida por un profesional de la salud, que se centra en desarrollar el funcionamiento físico, cognitivo, conductual y/o socioemocional de la persona en concreto, mejorando así su calidad de vida.

Al igual que cualquier otro tipo de intervención en fisioterapia, este proceso comienza con una evaluación. Los profesionales de la salud nos reunimos con la familia para analizar cuáles son sus necesidades, es decir, qué cosas suceden en su día a día que hacen que este sea más complejo: "sería importante que el niño se mantuviera sentado para poder darle de comer", "para nosotros sería vital que pudiera vestirse solo"... Una vez determinada la problemática, realizamos una segunda evaluación, en la que a través de escalas estandarizadas propias de la fisioterapia, analizamos qué estructuras o funciones están implicadas en los problemas expresados por la familia. Como podemos observar, la mirada de la fisioterapia asistida con animales que planteamos no está enfocada para un tipo de patología en concreto sino que más bien sostenemos que a través de este recurso, podemos abordar cada una de las dimensiones de la persona. De

manera que, siempre que no concurra alguna circunstancia de salud que pudiera ser una contraindicación (alergias, inestabilidad atlas-axis en el caso de la fisioterapia asistida con caballos...), cualquier niño/a podría beneficiarse de la intervención, que se practica de manera habitual con caballos o con perros.

A partir de la preocupación descrita por la familia y una vez analizadas las alteraciones detectadas en funciones y estructuras, pasamos a redactar los objetivos funcionales que serán la guía para que el/la profesional diseñe y planifique de forma individualizada cada una de las sesiones de intervención. Es decir, planteamos actividades con propósito que permitan poner en marcha las destrezas necesarias para alcanzar el objetivo planteado. Veamos un ejemplo de actividad para una niña de 7 años con retraso en el neurodesarrollo que participa en el programa de fisioterapia asistida con perros:

- Necesidad expresada por parte de la familia: "necesitaríamos que pudiera caminar un mínimo de 500 metros para poder ir al colegio sin el coche".
- Funciones y estructuras implicadas: disminución de la fuerza muscular de ambos miembros inferiores y alteración de la coordinación.
- Propuesta de actividad: "Hoy, Sky (perro de intervención) no ha hecho ejercicio. ¿Te apetecería hacer ejercicio con él? ¿Ves el circuito que hay en la sala? ¿Qué te parece si lo haces tú primero y así Sky puede aprender de ti?". La niña fue capaz de realizar el circuito 4 veces consecutivas, necesitando solo apoyo parcial para la realización del mismo.

El caso propuesto aprovecha la motivación que despierta el animal en la niña para que lleve a cabo una actividad difícil para ella. Involucramos a un animal, en este supuesto el perro, porque actúa como vehículo catalizador y favorece la consecución de los objetivos planteados de forma más óptima. Para implementar un programa de fisioterapia asistida con animales, los/as fisioterapeutas tenemos que analizar y conocer las posibilidades (es decir, las propiedades demostradas con base científica, como las que aparecen en la última revisión de Novak, I et al., 2020) derivadas de la interacción humano-animal y desde nuestra disciplina y óptica profesional incorporarlas al proceso terapéutico.

En una sesión de fisioterapia asistida con animales, además del profesional de la salud, participan dos elementos que son clave y necesarios para el éxito de la misma: el animal de intervención y su técnico/a. Los animales que involucramos en un contexto terapéutico han sido seleccionados y preparados por un equipo especializado. Además, cumplen con los cuidados higiénico-veteri-



narios que garantizan que la intervención puede llevarse a cabo con total seguridad para el niño o la niña. Por otro lado, el técnico en intervención asistida con animales, es la persona responsable de garantizar el bienestar del animal que participa en la sesión, tanto antes como durante y después de la misma.

A pesar de los múltiples beneficios y el impacto en la calidad de vida del pequeño/a el acceso de personas con diversidad funcional o en situación de vulnerabilidad a este tipo de intervenciones está limitado, debido principalmente a factores económicos.

Este fue el motivo por el que cuatro mujeres nos propusimos hacer accesibles las intervenciones asistidas con animales para todo aquel que lo necesitase. Y así, bajo el lema "personas y animales juntos para hacer sonreír al mundo", en 2007 constituimos la Asociación ACAVALL y siete años más tarde dimos el paso a Fundación. Desde entonces, hemos establecido sinergias con más de 70 entidades del tercer sector y de la educación, y más de 4.500 personas han participado en nuestros programas de intervención asistida con animales.

La voz del paciente

Carmen y Cristina

Rosa Marcos

Directora de Comunicación del ICOFCV y Directora Técnica de FAD



En esta ocasión, la voz del paciente la protagonizan dos personas: Carmen Monrós y su madre Cristina Navarro, fiel reflejo de que en la intervención con niños con discapacidad, estos son tan protagonistas como sus padres y cuidadores. Cristina jamás imaginó todo lo que el fisioterapeuta puede aportar a la salud y funcionalidad de las personas hasta que su vida dio un giro de 180 grados tras recibir el fatal diagnóstico de su primera hija, Carmen: Atrofia Muscular Espinal del tipo 1, una enfermedad rara con apenas media docena de casos en la Comunidad Valenciana y alrededor de 50 en España, cuya esperanza de vida era de dos años.

Carmen sufre Atrofia Muscular Espinal (AME) del tipo 1 o enfermedad de Werdnig Hoffmann, la más severa. Es una enfermedad rara, neuromuscular y de carácter genético que causa una mutación en el gen SMN1 que modula el funcionamiento de las neuronas motoras provocando que las señales que emite el cerebro a los músculos no lleguen, generando con ello atrofia progresiva muscular.

Cuando nació era una niña sana. Fue su pediatra la que dio la primera voz de alarma en la revisión del mes y medio. Tras ver que la pequeña no tenía reflejos, que apenas tenía movilidad, sospechó que podría tratarse de AME y la derivó al hospital de Urgencias. "Mi hija era como una muñeca de trapo, hicieron todas las pruebas y nos confirmaron que era Atrofia Muscular tipo 1. Al principio es un golpe, todo se vuelve negro de repente pero tienes que salir", explica Cristina.

Los médicos le dieron como máximo dos años de vida, aunque les dijeron que la mayoría fallecen alrededor de los ocho meses. Hoy Carmen tiene cuatro años, va al colegio (está en 4º de infantil del CEIP Tomás de Villarroya de Valencia, un colegio ordinario de integración de motóricos) y aunque la incertidumbre forma parte de sus vidas, la esperanza en su evolución se ha multiplicado.

Frente a la oscuridad, un rayo de luz. La neuróloga les comunicó que en esos momentos se estaba realizando en España un ensayo clínico con un tratamiento experimental con Spinraza, de la farmacéutica Biogen, que parecía tener buenos resultados. Pese a que solo se estaba haciendo en Madrid y Barcelona acababan de abrirlo a todas las comunidades autónomas, por lo que Carmen podría entrar a formar parte del ensayo, de hecho, fue la primera niña de Valencia en acceder a este medicamento.

"Este tratamiento ha sido vital. No estaba comercializado aún en España pero nos lo dieron por 'uso compasivo'. Nos derivaron a La Fe, donde lo estaban llevando a cabo. Justo el día que cumplía los 3 meses, le pusieron la primera dosis. Ahora es un pinchazo cada 4 meses", afirma Cristina quien recuerda con congoja aquellos primeros momentos: "No podía ni mirarla porque pensaba que para qué iba a mirarla si dentro de nada no iba a estar. No le compraba nada de ropa a largo plazo, no me planteaba escolarizarla,... teníamos esperanza pero también mucha incertidumbre porque no sabíamos que iba a pasar".



Carmen con su fisioterapeuta, nuestra colegiada María Plasencia, trabajando en la cinta de marcha



En el ámbito público sólo reciben una sesión semanal de entre 30-45 minutos, esto es totalmente insuficiente. Es duro pero si tienes un hijo con una enfermedad como esta necesitas tener mucho dinero





Al tratamiento farmacológico, sumaron la Fisioterapia. “En La Fe no nos llamaron para iniciar la rehabilitación hasta que mi hija no tenía 6 meses. Entiendo que los tiempos en la sanidad pública son los que son pero para nosotros cada día era una eternidad, no podíamos permitirnos el lujo de perderlo y buscamos otras opciones por la vía privada. Y por medio de un fisioterapeuta al que iba mi madre llegamos hasta María Plasencia”, explica Cristina.

De la mano de nuestra colegiada, Carmen empezó las sesiones de fisioterapia por la vía privada en la Unidad de Daño Cerebral Infantil de Nuestra Señora del Carmen. También fue María quién les informó de todos los recursos públicos a los que podían acceder. “Nadie, ningún médico ni tan siquiera en La Fe me dijeron que estas opciones existían”, se lamenta Cristina. Posteriormente le concedieron plaza pública en el Centro de Atención Temprana El Grao de Hermanas Hospitalarias.

Desde entonces, la Fisioterapia parte de la vida de su hija y de su familia, aprovechando las sesiones en el hospital sin dejar nunca la vía privada. “En el ámbito público sólo reciben una sesión semanal de entre 30-45 minutos, esto es totalmente insuficiente. Es duro pero si tienes un hijo con una enfermedad como esta necesitas tener mucho dinero. Nosotros hemos tenido la suerte de dar con María, que está muy implicada, siempre dispuesta a ayudar, pero no es lo normal. A día de hoy seguimos trabajando con un fisioterapeuta que viene a casa”.

La evolución de Carmen es enorme. “Hemos conseguido que el pronóstico ya no sea el inicial. Mi hija no iba a sujetar la cabeza, ni a comer, ni a respirar por sí sola... no iba a hacer nada, así que cualquier paso que avanza lo vivimos como una fiesta”.

Cristina asevera que ha aprendido mucho sobre la fisioterapia. Antes la asociaba a contracturas, operaciones de rodilla, dolor de espalda,... Hoy conoce más campos en los que puede actuar y ayudar de manera vital, como el pediátrico. “Aunque obviamente preferiría no haberlo conocido, estoy muy contenta porque nuestra fisioterapeuta nos han enseñado a observar a mi hija, a generar oportunidades de aprendizaje a partir de lo que ella es capaz de hacer y a incorporarlo en las rutinas para ayudarle en su día a día”.

Por su experiencia, considera que “es básico que además del conocimiento, el profesional se adapte al niño. Yo quiero que mi hija sea lo más independiente que pueda, que la fisioterapia le ayude a ello, que sea una fisioterapia centrada en ella porque mi hija no tiene las mismas necesidades que el resto de niños. Lamentablemente tengo que decir que he tratado con muchos fisioterapeutas en este tiempo y no todos son así. No puedes ir y que te digan que la pongas boca abajo para que levante la cabeza cuando no puede levantar ni un pie boca arriba, es imposible. Hay que ir progresando a través de lo que ella es capaz de hacer”.



Es básico que además del conocimiento, el profesional se adapte al niño. Yo quiero que me hija sea lo más independiente que pueda, que la fisioterapia le ayude a ello, que sea una fisioterapia centrada en ella ”



Cristina también destaca como un aspecto relevante que haya una comunicación constante y fluida entre profesionales y padres. “Al final tú eres quién está con ella en casa. Para mí es fundamental estar en la sesión de fisioterapia para aprender y poder ayudarle luego en el día a día”, matiza.

Otras barreras que se han encontrado son la limitación de recursos públicos (al tener fisioterapeuta en la escuela ya no puede seguir en el centro de Atención Temprana por lo que ha perdido las sesiones con el logopeda) y el difícil acceso a los productos de apoyo ya que no todos están cubiertos por la seguridad social y son muy caros, además de que al ser niños su uso es limitado en el tiempo. “Hace 4 años que dejamos de vivir nosotros para vivir exclusivamente para ella. Si me tengo que gastar 3.500 euros en una silla pues no me voy de vacaciones y lo destino a eso pero hay gente que no puede”. A esto suma, los frenos que a menudo ha encontrado incluso en profesionales sanitarios. “Recuerdo que para que un médico me recetara un respirador me tuvo que sentar delante de él y decirle: ya sé que me hija se va a morir pero quiero que se muera en las mejores condiciones” y entonces me lo recetó. Tener que llegar a ese punto es triste”.

Asegura que no sabe lo que es llevar a su hija a flamenco, tenis, inglés... que ella la lleva al fisioterapeuta, al logopeda... “no es una vida al uso pero es nuestra vida”, asevera.



Los padres de Carmen han tenido que adquirir esta costosa silla ultraligera -no entra en la Seguridad Social- para que su hija pueda trasladarse sola y ganar autonomía

La figura del fisioterapeuta en pediatría vista por otros sanitarios

El fisioterapeuta pediátrico es un activo fundamental dentro del equipo multidisciplinar de profesionales implicados en la intervención y tratamiento del niño tanto a nivel sanitario como a nivel educativo. Su labor se ha consolidado convirtiéndose en una pieza clave en el desarrollo y evolución de los menores. Hemos preguntado a diversas profesionales sanitarias cómo valoran la figura del fisioterapeuta dentro de este equipo y cuál es el rol que desempeñan ellas en el mismo. Estas son sus respuestas.



Gloria Pomares

Técnica de Ortopedia
 Infantil en Ortoprono



Virginia Ayuso Blázquez

Colegiada 128 (COTOCV)
 Terapeuta Ocupacional

¿Qué aporta la figura del fisioterapeuta al equipo multidisciplinar de pediatría?

Todos conocen los beneficios de la Fisioterapia tras una lesión traumatológica, en cambio, la labor de los fisioterapeutas que trabajan con niños con discapacidad es menos conocida.

En estos casos, la necesidad de tratamiento es a largo plazo, e incluso de por vida, y la Fisioterapia, como parte del tratamiento rehabilitador, es importantísima para facilitar que el niño desarrolle su máximo potencial

¿Y cuál es el rol del ortopeda?

Especialmente en niños con patología neurológica (PCI, AME, Espina Bífida, Ataxia, Distrofia Muscular...) el tratamiento ortopédico juega un papel fundamental.

Gracias a la adaptación de ortesis y productos de apoyo (sillas de ruedas, bipedestadores, andadores...) ayudamos a prevenir deformidades, así como a mejorar la sedestación, la movilidad o la autonomía de los pacientes.

¿Cómo valora la figura del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar de pediatría?

La figura del fisioterapeuta en un Centro de Atención Temprana o en servicios destinados a la infancia es totalmente necesaria y enriquecedora, su conocimiento de la estructura y función a nivel motor, de los productos de apoyo necesarios para favorecer o compensar determinadas habilidades y funciones motoras, así como su concepción de la actividad y la participación en el entorno con respecto a la discapacidad, hacen de esta figura parte imprescindible del equipo que acompaña a los niños y sus familias en dichos servicios.

¿Y cuál es la función del terapeuta ocupacional?

Su función principal es la de apoyar al niño con dificultades en su desarrollo o riesgo de padecerlas y a su familia en la adquisición de estrategias o habilidades para mejorar el desempeño y participación en las áreas ocupacionales propias de la infancia como son el juego, la educación, las actividades básicas de la vida diaria, el ocio y la participación social, para así incrementar su funcionalidad e independencia mejorando la calidad de vida familiar.



Claudia T. Escorcía Mora

Colegiada 46293 (Colegio
Oficial de Logopedas CV)
Directora CLAES Logopedia

¿Qué destacaría del rol del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar de pediatría?

El fisioterapeuta pediátrico es el encargado de formar a los demás miembros del equipo en lo que respecta al desarrollo motor. Ofrece información tanto a las familias, como a sus compañeros, acerca de las adaptaciones posturales o los productos de apoyo que ayuden a fomentar la actividad y participación del niño en su entorno natural y por supuesto, les apoya también para lograr el control de estructuras y funciones corporales. Es por esto que su papel es de suma importancia en los equipos.

¿Y cómo interviene el logopeda?

En los centros de Atención Temprana, el logopeda ofrece apoyo a las familias, así como al resto de miembros del equipo de AT en los temas de lenguaje, habla, voz, audición, alfabetización emergente, deglución y funciones motoras orales. En cuanto a los niños, les ofrece estrategias para que puedan relacionarse e interactuar con las personas del entorno, utilizando para ello el lenguaje verbal, no verbal o algún sistema de comunicación, según sea el caso.



Beatriz Ortiz Pavía

Colegiada CV-6450 (COPCV)
Psicóloga en el Centro Municipal de Atención
Temprana de Mislata

¿Qué valor tiene la figura del fisioterapeuta en pediatría?

Desde el modelo centrado en la familia y entornos naturales, los profesionales son un apoyo a la familia y los cuidadores. Son especialistas en desarrollo infantil y en su materia (en este caso en desarrollo motor).



Isabel Izquierdo Macián

Colegiada 4614064 (ICOMV)
Jefa del Servicio de Pediatría
(Neonatología) del Hospital
La Fe de Valencia

¿Por qué cree que es importante la fisioterapia en pediatría?

La fisioterapia pediátrica es necesaria en todos los centros hospitalarios y centros de Atención Temprana donde se atienden a niños/as desde el nacimiento hasta la adolescencia. Es muy importante que a los pacientes afectos o con riesgo de presentar retraso en su desarrollo o desórdenes en el movimiento se les realice una evaluación y asesoramiento y se lleve a cabo un programa de tratamiento y seguimiento rehabilitador para mejorar y/o recuperar las funciones motoras, síndromes dolorosos y prevenir las alteraciones físicas asociadas a enfermedades o discapacidades.

¿Y cuál es el papel del pediatra?

El pediatra se ocupa de la medicina integral para la atención de los recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes. Trabaja en diferentes contextos que incluyen todos los niveles de atención del Sistema de Salud, desde el primer nivel hasta los de mayor complejidad donde las especialidades pediátricas ocupan un lugar destacado.

¿Y qué actuación tiene el psicólogo?

La psicóloga supone una guía para la familia, con el fin de optimizar al máximo su desarrollo, utilizando técnicas adaptadas a cada niño y familia para garantizar el óptimo desarrollo emocional de la familia.

Consentimiento informado en menores y situaciones de conflicto



Santiago Sevilla

Asesor Jurídico del ICOFCV
Abogado, colegiado del ICAV nº 6220

El ejercicio de la fisioterapia, de cualquier profesión sanitaria, está ampliamente regulado por la importancia y relevancia constitucional de sus objetivos: la salud de los ciudadanos.

La salud se configura con relevancia constitucional en el artículo 43.1 y 2 de la Carta Magna, en la que se reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El artículo 43 está incardinado en el Título I. De los Derechos y Deberes Fundamentales, Capítulo III. De los principios rectores de la política social y económica. Nótese la importancia que se da a la protección de la salud de los ciudadanos.

Dada esa relevancia y, también, por desarrollo del artículo 36 de la Constitución Española se dictó la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias que viene a completar, en cuanto a la regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias, entre otras a la más genérica Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Como recoge la exposición de motivos de la Ley 44/2003, "la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias".

Por todo ello y con el objetivo que hemos señalado al comienzo de este artículo de cumplir los fines expuestos, así como el de mejor protección de la salud conforme a lo previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, se dicta la importante Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Esta Ley de autonomía del paciente, viene a completar las previsiones que la Ley General de Sanidad enuncia como principios generales, por lo que se evidencia la imbricación de las distintas leyes que se han mencionado, que deben ser interpretadas las unas con las otras, nunca de manera aislada o estanca, y con el norte interpretativo de la Constitución Española.

Es de ver la imbricación de las distintas leyes que se han mencionado, que deben ser interpretadas las unas con las otras, nunca de manera aislada o estanca, y con el norte interpretativo de la Constitución Española.

Con estas premisas de cumplimiento general debemos abordar los derechos de los pacientes en el ámbito de la fisioterapia pediátrica, y más concretamente el necesario Consentimiento Informado a menores de edad y al derecho a la intimidad corporal del paciente.

Son asuntos que recurrentemente vengo tratando, bien directamente o bien de manera tangencial, en anteriores artículos de esta revista, pero por la importancia que tiene y, sobre todo, por las responsabilidades que se pueden derivar de su inobservancia nunca está de más recordar, tratar e incidir.

Consentimiento Informado al menor

Debemos desterrar la idea de que el menor no puede ser sujeto activo del derecho de información. Es necesario conocer que el fisioterapeuta cumple con la obligación si solicita el consentimiento al menor, además de a los padres y tutores, cuando el menor tiene madurez suficiente para poder entender la situación terapéutica en la que está inmerso. Se debe valorar y contemplar la posibilidad de que el menor pueda intervenir en la decisión que le afecta directamente concediéndole autonomía a medida que va creciendo, reflejando una nueva concepción de los menores de edad como sujetos activos.

Por debajo de 16 años (con matices, prolijos y que exceden el ámbito de este artículo) la Ley no atribuye, con carácter general, la capacidad para decidir y dar su consentimiento al propio niño, sino a sus padres o su representante legal (entre los 12 y los 16 años, sin embargo, el sanitario debe valorar de manera individualizada la madurez del menor).

El concepto menor tiene diversas modulaciones que tienen como referencia aspectos meramente cronológicos, como puede ser los 16 años, en los que todavía no se ha alcanzado la mayoría de edad pero que ya puede tomar decisiones con carácter autónomo o aspectos meramente intelectuales y de capacidad; esto es, no teniendo edad para prestar consentimiento con carácter autónomo sí que se tiene madurez suficiente para cuanto menos ser informado siguiendo estos criterios:

- **Edad inferior a 12 años:** el consentimiento lo concede el representante legal, habitualmente los padres o tutores, pero escuchando la opinión del menor. El menor "asiente" ante el consentimiento prestado por sus representantes. Es un asentimiento.
- **Entre los 12 y 16 años:** el consentimiento lo concede el representante legal, después de contar con la opinión del menor en función de su capacidad intelectual y emocional. Aquí más que un asentimiento estamos ante cumplimentación del consentimiento dado por los representantes. Digamos que la opinión del menor completa el consentimiento del legal representante.
- **A partir de los 16 años:** estaríamos en la llamada mayoría de edad sanitaria y el sujeto es autónomo para tomar decisiones sin que tenga que intervenir ninguna otra persona.

Pero en aquellas situaciones de grave riesgo para la salud hay que contar con el representante legal del menor. Y esto es igual para consentir o rechazar un tratamiento.

Situaciones de conflicto

Especial cuidado se debe tener cuando se perciba la preexistencia de situaciones "extrasanitarias" de conflicto que puedan incidir en la prestación del consentimiento informado por parte de los representantes legales del menor.

Se parte de la base que la intervención de los representantes legales supone siempre favorecer la salud del menor. Pero puede ocurrir que existan discrepancias entre la opinión del menor con suficiente capacidad de juicio con sus representantes legales, o. lo que viene siendo cada vez más habitual, la discrepancia entre los legales representantes, por ejemplo, en situaciones de crisis matrimonial o de pareja.

La intervención de los representantes legales supone que siempre se ha de favorecer la salud del representado, en este caso el menor, y debe atender al interés superior del mismo. Pero puede suceder que entren en conflicto la voluntad del menor con suficiente capacidad de juicio y la de sus padres o tutores.

Se tendrá que intentar llegar a un entendimiento entre ambas posturas, pero si finalmente existen dudas habrá que consultar al juez, que será quien dictamine la solución a tomar, tal y como regula el artículo 9.6 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, que por interés reprodusco:

"6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad."

Acudir a la autoridad judicial es la última opción, pero hay situaciones que por protección del menor y del propio fisioterapeuta exigen la adopción de esta medida drástica.

La infancia en buenas manos, los pioneros de la Pediatría y la Fisioterapia



José Ángel González

Colegiado 2381
Director de *Fisioteràpia al Dia*
Fisioterapeuta Centro Salud Picassent
Profesor en CEU UCH



Salvador Fernández Marqués

Colegiado 1593
Fisioterapeuta del Centro Salud Xirivella
Gerente de la clínica Físio Studio

Una introducción a la Historia de la Pediatría

No se debe realizar una revisión histórica, por sencilla que sea, del desarrollo de la fisioterapia pediátrica sin presentar, aunque sea de forma sucinta, algunos hitos de la medicina infantil, es decir, de la Pediatría, esa maravillosa especialidad médica que ha sentado las bases de otras tantas disciplinas sanitarias centradas en el cuidado de nuestro legado más preciado: la infancia.

Inicialmente podemos afirmar que los más claros precedentes históricos al respecto están documentados en el Antiguo Egipto, donde es obligado aludir al **papiro Ebers**, fechado aproximadamente hacia el 1500 antes de Cristo, en el cual ya se narraban miles de años atrás diversos aspectos pediátricos como la lactancia o las patologías oculares infantiles.

Sin duda alguna, la mayor parte de las antiguas civilizaciones contribuyeron progresivamente al cuidado y esmero de sus infantes, si bien es la cultura clásica o grecorromana, de la que somos directos herederos, la que más claramente ha dejado huella en los anales sanitarios pediátricos... no en vano la "*paidós*" griega y el "*puer*" romano son las raíces etimológicas de dos grandes pilares de la infancia: la pediatría y la puericultura.

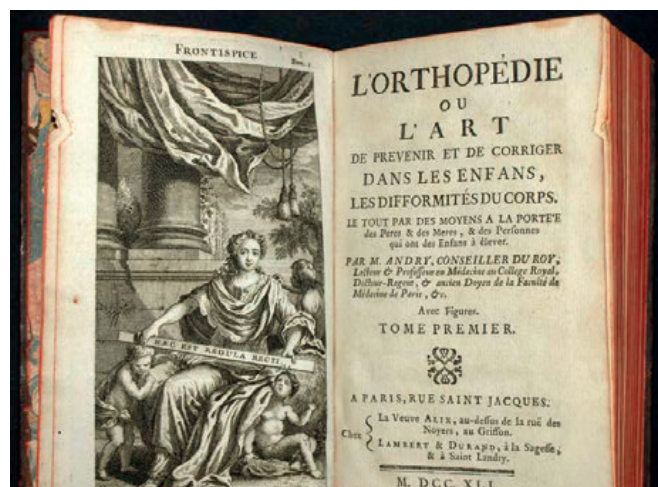
Sin embargo, habrán de discurrir varios siglos hasta que algunos médicos se empiecen a centrar en el tratamiento específico de las patologías infantiles, donde cabe destacar la figura pionera del francés **Nicolás Andry**, en la primera mitad del siglo XVIII, quien sienta las bases de la Traumatología y la Ortopedia, introduciendo precisamente dicho concepto (el ortopédico) con la publicación de su texto titulado "**Orthopaedia: o el Arte de Corregir y Prevenir Deformidades en Niños por métodos que pueden ser fácilmente aplicados por los mismos padres y los encargados de la educación de los niños**".

Otro grandísimo avance histórico para el cuidado de la infancia, en el terreno sociosanitario, coincidió con el desarrollo decimonónico de la Salud Pública, plasmado en las leyes vertebradas por las potencias europeas, como Reino Unido o Austria, para erradicar el infame trabajo infantil que suponía la vergüenza del viejo continente (mejor no hablar ahora del resto del mundo, con una tradición milenaria en la explotación infantil...).

En efecto, hasta los inicios del siglo XIX, con la publicación de la magna obra de Higiene Pública de **Johan Peter Frank** en el Imperio austríaco, y la posterior reforma de las leyes británicas de pobres (*Poor Laws*) promovida por **Sir Edwick Chadwick** en 1836, no se generalizará un cuidado sociosanitario digno para los niños europeos. ¡Increíble, pero cierto!

Pero, si queremos destacar algunas figuras pioneras de la Pediatría contemporánea, debemos subrayar nombres como el del precursor norteamericano **Job Lewis Smith** (creador de la Sociedad Americana de Pediatría) el francés **Henry Hutinel** (fundador de la Asociación Internacional de Pediatría) o los españoles **Andrés Martínez Vargas** (impulsor del primer Congreso Nacional de Pediatría y autor de un pionero Tratado de Pediatría, así como una Historia de la Pediatría en España) y, cómo no, el valenciano **Ramón Gómez Ferrer**, de cuya impronta en nuestra tierra son fieles testimonios las cuantiosas calles que le rinden tributo en numerosos municipios de Valencia, y con cuyo nieto homónimo, médico rehabilitador ya jubilado, hemos tenido el placer de coincidir los autores de este artículo, trabajando juntos en el mismo departamento público de salud.

Como institución asistencial, cabe señalar que el primer hospital pediátrico europeo fue creado en Francia, en 1802, denominado "**Hôpital des enfants malades**", el cual, curiosamente, no permitía infantes de menos de 2 años debido a la alta mortalidad de los lactantes internados.



Arriba, Nicolás Andry, padre de la ortopedia y la traumatología infantil. En la imagen de abajo, la portada de su libro 'L'Orthopédie'



El doctor Ramón Gómez Ferrer, pionero de la pediatría valenciana

Precedentes internacionales de la fisioterapia infantil

Posiblemente, a la hora de abordar los primeros atisbos fisioterápicos centrados en la infancia, tenemos que remontarnos a la época de la Ilustración, con personajes como el filósofo Rosseau, el pedagogo Pestolazzi o el educador físico GutMuts:

El suizo **Johann Heinrich Pestalozzi** introduce el método lúdico en la educación gimnástica, mientras que el alemán **Johann Christoph Friedrich GutsMuths** (también conocido como **Guts Muth**) por medio de su manual "Gimnasia para los jóvenes", populariza sistemáticamente el ejercicio físico para niños y adolescentes en las escuelas alemanas.

Toda una tendencia de Fisioterapia aplicada a niños y adolescentes, aún vigente en buena parte, es la aparecida en el primer tercio del siglo XIX para combatir las deformidades raquídeas y especialmente las escoliosis con **Delpech** en Montpellier, al sur de Francia, quien sentó las bases del método que el alemán **Klapp** popularizaría ampliamente un siglo más tarde, basados ambos en un principio tan simple como natural: la observación de que los cuadrúpedos no solían presentar desviaciones de columna vertebral, de ahí el ejercicio en cuadrupedia o tetrapodia.

Llegado el siglo XX, una variedad tan arcaica de la fisioterapia como es la hidroterapia aportará un nuevo concepto aplicado a la rehabilitación infantil, de la mano del pediatra estadounidense **Charles Lowman**, fundador del Hospital Ortopédico de Los Ángeles, quien incorporó en los años veinte (los "felices" años veinte) el concepto y el término de hidrogimnasia tras visitar la **Escuela Spaulding de Chicago** para niños inválidos, difundiendo su método a través de la revista norteamericana "Nation's Health".

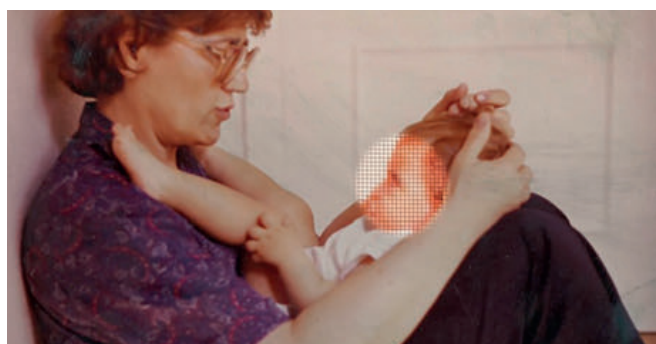
Semejante adelanto hidroterápico se vería reforzado pocas décadas más tarde por la aparición del concepto **Halliwick**, ideado por el ingeniero británico **James Mc-Millan** para tratar pacientes neurológicos infantiles.

Aún más trascendental sería, en aquellos momentos centrales del siglo XX, el surgimiento de diversos métodos de fisioterapia adaptados a la compleja patología neurológica infantil:

El concepto creado por los **Bobath** (matrimonio alemán afincado en Londres) con su posterior "legión" de seguidores; la Terapia de Locomoción Refleja para niños con patologías del Sistema Nervioso Central, ideada por el neuro-pediatra checo **Václav Vojta** (quien emigró a la República Federal Alemana tras la ocupación soviética de su país, asentándose desde los 80 en Munich,



Pedro Jordá y Esther Carreres con niños poliomielíticos



Luisa Funez, años ha, en pleno trabajo con un bebé
Foto: Fundación Bobath

donde popularizó su método) y basada en patrones de locomoción refleja; y más recientemente el papel jugado por la británica **Sophie Lewitt** como fisioterapeuta neuropediátrica.

En el plano institucional, coincidiendo con el desarrollo mundial de nuestra profesión, en los años setenta fue pionera en EEUU la **APTA Pediatrics**, surgida en 1973 como una sección de la APTA (*American Physical Therapy Association*), con tan ambiciosa finalidad que devino en una **Academia de Fisioterapia Pediátrica**, todo un referente de esta materia "al otro lado del charco".

Referentes de esta modalidad de fisioterapia en España y en Valencia

Curiosamente, aunque el nombre de **Carlos Caballé** sea hartamente conocido entre los veteranos de la Fisioterapia y la Rehabilitación Médica en España, como pionero nacional de ambas disciplinas, menos conocida es su faceta en pediatría, pues, en efecto, el primer especialista en medicina física y rehabilitación de nuestro país, de las que sería piedra angular entre los años cincuenta y ochenta, fue en sus inicios un esforzado pediatra de la postguerra española.

No obstante, si hay un nombre altamente destacable en nuestro país como fisioterapeuta versada en niños, ese es el de **Luisa Fúnez**, toda una leyenda viva, participe de los inicios de la Asociación Española de Fisioterapia (AEF) y que actualmente preside la Fundación Bobath en España.

En Valencia, aunque no gozasen del merecido prestigio ni la fama que los anteriores, hay que destacar al matrimonio de fisioterapeutas formado por **Esther Carreres** y **Pedro Jordá** como pioneros en la lucha contra la poliomielitis y otras enfermedades infantiles en la clínica del citado doctor Caballé (ubicada en la céntrica calle Troya de Valencia).

Otras adelantadas en la fisioterapia pediátrica durante la segunda mitad del siglo XX han sido las alicantinas **Maribel García Romeu**, **Josefina Aparici** (que se formó personalmente con el citado Vojta en Munich) y **Charo Frías**.

Coetáneo de las anteriores profesionales es el extremeño **Florencio Calle**, uno de los referentes en el tratamiento de lesiones infantiles en el antiguo Hospital La Fe de Valencia, donde ejerció una dilatada experiencia hasta su jubilación a comienzos de este milenio.

Otro tanto cabe decir de nuestros colegas que vienen cuidando, con su buen saber, de cientos de niños en los colegios de Educación Especial, como es el caso de nuestro antiguo vicedecano del ICOFCV, **Jaime Martínez Carrascal**, todo un veterano aún ejerciente (véase al respecto el monográfico de *Fisioteràpia al Dia* publicado en junio de 2016).

Asimismo, localmente, contamos con la **Comisión de Fisioterapia Escolar** del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, encabezada por nuestros colegiados **Celia Parra** y **Tino Silvestre**, quien nos habla de su trabajo en este monográfico.

Y, por supuesto, nuestro público lector no tiene más que “echar un vistazo” al resto de firmas colaboradoras de este monográfico para “poner cara” a las nuevas promesas que están empujando con fuerza en el desarrollo local de esta preciosa modalidad fisioterápica: la infantil o pediátrica, y que están llevando a cabo la implementación del modelo centrado en la familia.

A nivel institucional, en España destaca la **SEFIP (Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría)**, nacida en 2003, donde actualmente participan activamente fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana como **Mónica Alonso** en la presidencia, **María Plasencia**, en tesorería y **Carmen Lillo** en una vocalía.

En cuanto a docencia, actualmente existen diversos másteres de Fisioterapia en Pediatría impartidos por varias universidades españolas.

Finalmente, dado el gran peso que está teniendo la práctica privada de este tipo de fisioterapia en nuestro país, no olvidemos el papel jugado en las últimas décadas por la fisioterapia pública, tanto en los Centros de Atención Temprana como en los hospitales y en atención primaria (centros de salud como donde desempeñan su trabajo los firmantes de este artículo).

A todo este colectivo, ejerzáis en lo público o en lo privado, enhorabuena por vuestro tenaz trabajo.

Fisioteràpia

Fisioterapia pediátrica

La sentencia da la razón al Ministerio Fiscal y al Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana y reconoce el delito de intrusismo y el delito de estafa como concurrentes, elevando la condena inicial del Juzgado de lo Penal

Condenado a 2 años y medio de cárcel por hacerse pasar por fisioterapeuta y estafar a pacientes

La Sección Séptima de la Audiencia Provincial de Alicante ha condenado a dos años y seis de prisión a O.L.L. por un delito de intrusismo y un delito de estafa tras quedar probado que el acusado había engañado a una persona que acababa de sufrir un grave accidente haciéndole creer, movido por el ánimo de lucro, que tenía la titulación de Fisioterapia y que había ejercido dicha actividad sanitaria durante 225 sesiones, perjudicando así al lesionado. Así mismo, el condenado deberá indemnizar al paciente con un total de 15.806 euros por los daños y perjuicios ocasionados, 3.806 € de la parte que el perjudicado abonó por las sesiones recibidas –el resto lo asumió el seguro– y 12.000 € por daño moral.

La Audiencia ha estimado el recurso de apelación interpuesto por el Ministerio Fiscal y por el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) contra la sentencia de diciembre de 2020 del Juzgado de lo Penal nº 3 de Elche en la que solo se estimaba el delito de intrusismo.

La sentencia de la Audiencia recoge que “tanto el Ministerio Fiscal como el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana en sus recursos afirman con acierto que el condenado carecía totalmente de aptitud para desarrollar el tratamiento de rehabilitación prescrito por el traumatólogo y que la acciones que ejerció sobre la víctima no sirvieron para nada, porque en verdad no podían servir para nada al carecer de formación para su desarrollo, pero eso sí, cobró una importante cantidad de dinero por ello”.

En esta línea, se ha tenido en cuenta que el delito se produce en el ámbito sanitario, el



riesgo sufrido por el perjudicado al ser tratado por quien carece de cualificación para ello y el tiempo perdido por el paciente en su recuperación así como el hecho de que le haya privado de ser tratado por un profesional sanitario cualificado. La sentencia deja claro que, entre otros bienes jurídicos, se protege “el interés público de que ciertas profesiones sólo las ejerzan aquellas personas que están debidamente capacitadas por la Administración Pública en atención a la superior naturaleza de los bienes jurídicos que pueden quedar afectados por los actos propios de tales profesiones: vida, integridad corporal, libertad y seguridad.”

El perjudicado, pensando que el acusado era fisioterapeuta, tras haber sufrido un accidente de cuello quirúrgico con subluxación de hombro grado II, acromio clavicular y rotura parcial de subescapular”, recibió en la mencionada clínica desde el 6 de septiembre de 2011 hasta el 15 de enero de 2013, 225 sesiones de rehabilitación realizadas por el acusado y por la que se emitió la correspondiente factura el 1 de febrero de 2013 por importe de 6.750 €, no habiendo quedado bien tras el tratamiento.

Tal y como recoge la sentencia de la Sala, el acusado "realizaba a sus pacientes técnicas manipulativas del aparato locomotor en zonas lesionadas e intervenidas quirúrgicamente. También hacía uso de máquinas terapéuticas propias de la fisioterapia, tales como ultrasonidos, lámpara de infrarrojos y equipo de electroestimulación". Prácticas que hacía a sabiendas de que no estaba facultado para ello, ya que no dispone del título de Grado universitario de fisioterapeuta, el cual capacita tanto técnica como legalmente.

Asimismo, O.L.L. se anunciaba en redes sociales como fisioterapeuta aún careciendo de dicha titulación.

Así mismo, tendrá que indemnizar al paciente perjudicado con un total de 15.806 euros por los daños y perjuicios ocasionados

El acusado se anunciaba en redes sociales como fisioterapeuta aún careciendo de dicha titulación

El ICOFCV celebra esta sentencia y la considera "clave" ya que reconoce el delito de intrusismo y el de estafa como dos delitos conectados pero autónomos que concurren en los mismos hechos de manera independiente, lo que ha implicado una penalidad mayor para el acusado.

El decano del Colegio, José Casaña, califica la condena de "transcendental precedente" ya que "se ha valorado que lo que está en juego es la salud de los ciudadanos, y que solo los profesionales sanitarios garantizan el derecho fundamental al acceso a una sanidad con plenas garantías", tras lo que asegura que el Colegio seguirá trabajando en esta línea.



Por tu salud, ponte en buenas manos

Acude a un fisioterapeuta profesional y colegiado

El acto de apertura de puertas se celebró el día 8 de septiembre, *Día Mundial de la Fisioterapia*. La nueva sede supone un paso hacia la modernización de las infraestructuras de la institución y la mejora de la atención a los más de 600 colegiados de la provincia

El ICOFCV estrena nueva sede en Castellón



La nueva sede de Castellón del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) abrió sus puertas el pasado 8 de septiembre, coincidiendo con la conmemoración del *Día Mundial de la Fisioterapia*.

Sita en el número 11 del Paseo de la Universidad de Castellón, cuenta con unas modernas instalaciones que acercan la institución a sus colegiados y a la sociedad castellonense.

Es un edificio equipado con las últimas tecnologías y de fácil accesibilidad. En sus más de 250m² dispone de zona de recepción, hall, área de biblioteca, sala de juntas, archivo y una sala de formación divisible en dos, así como servicios de Internet.

El acto de apertura de puertas estuvo presidido por el decano del ICOFCV, José Casaña; el delegado de Castellón, Jesús Ramírez, y Vicenta Díaz, vocal de la Junta de Gobierno por Castellón. Les acompañaron el secretario Carlos Villarón; la delegada de Valencia, Laura López; y Juanjo Bruño, vocal de la Junta por Valencia.

José Casaña subrayó que este proyecto "se ha hecho realidad gracias al esfuerzo y trabajo de todos. La nueva sede supone un paso hacia la modernización de las infraestructuras de la institución y hacia la mejora de la atención a los colegiados. Esta es la casa de los fisioterapeutas, de los más de 600 colegiados y colegiadas que tenemos en la provincia de Castellón", señaló el decano del ICOFCV.

Por su parte, Jesús Ramírez destacó la buena ubicación de la nueva sede y la definió como "práctica, cercana al colegiado y a la sociedad, y muy versátil". En esta línea, el delegado de Castellón del Colegio apuntó que con las nuevas instalaciones se podrán poner en marcha "nuevas actividades formativas, mediante la impartición de cursos y talleres que permitan la actualización de conocimientos. Al tiempo que contamos con espacios de reunión adecuados a los nuevos tiempos".

Con la puesta en marcha de la nueva sede, el ICOFCV cierra un proceso que se inició durante el decanato de Josep Benítez y que se ha concluido bajo la presidencia del actual decano, José Casaña.



Nueva Sede Castellón

Sita en el Paseo de la Universidad n°11, Escalera 2, Bajo 6, de Castellón de la Plana.

El ICOFCV facilita a sus colegiados los temas para poder preparar la oposición de Sanidad. Pueden descargarse gratuitamente desde la zona privada de la web “acceso con claves”

Disponible en la web del Colegio el temario completo para la OPE de fisioterapeutas

El Colegio de Fisioterapeutas ha puesto a disposición de todos sus colegiados de manera gratuita el temario para poder preparar la última OPE de fisioterapeutas convocada por la Conselleria de Sanitat, que engloba un total de 115 plazas de fisioterapia vía turno libre y 26 plazas de promoción interna.

Dado que esta convocatoria incluye el nuevo temario propuesto por el ICOFCV en 2017, el Colegio ha querido ayudar a los colegiados a preparar el concurso-oposición facilitándoles el temario completo. “El nuevo contenido significa incorporar la evolución de la profesión en pro de mejorar la atención sanitaria del fisioterapeuta en la sanidad pública, es una oportunidad para avanzar. No obstante, conscientes del esfuerzo que significa para muchos compañeros prepararlo, hemos apostado por facilitárselo”, señala el decano del Colegio, José Casaña.



¿Dónde puedes encontrarlo?

El temario está disponible en la zona privada de la web, a la que los colegiados pueden acceder con sus claves. Ya pueden descargarse todos los temas, tanto los de la parte general como los específicos.

www.colfisiocv.com/zonacolegiado



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

Colaboración con el proyecto solidario *Runners for Uganda*

El proyecto solidario de *Runners for Ethiopia* se ha trasladado este 2021 de país convirtiéndose en *Runners for Uganda*. Una acción liderada por nuestro colegiado Jordi Reig con la que, un año más, ha colaborado el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV). En concreto, además de la difusión del proyecto, se ha aportado material fisioterapéutico que han trasladado en el viaje que han realizado a Uganda del 27 de noviembre al 5 de diciembre.



La Asamblea Extraordinaria del ICOFCV

reunida el pasado 22 de octubre, aprobó por unanimidad la modificación de los Estatutos colegiales con el objetivo de adaptarlos a la nueva normativa así como a la homogeneización de criterios en materia de colegiación propuesta por el CGCFE.

La mesa de la Asamblea estuvo presidida por el decano y el secretario del Colegio, José Casaña Granell y Carlos Villarón respectivamente.

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 DE VIC

Fruto del convenio de colaboración con la Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña, los colegiados del ICOFCV podrán beneficiarse de un descuento del 10% sobre el precio de la matrícula de los siguientes programas de Estudios de Postgrado para el curso 2021-22: Máster en Fisioterapia Pediátrica, Máster en Estimulación Neurológica – Neurorehabilitación, Máster en Psicomotricidad Educativa y Terapéutica y Máster en Atención Integral y Centrada en la Persona en Ámbitos de Envejecimiento y Discapacidad (online).

HERYCOR

Tras la renovación del convenio con Herycor, los colegiados del ICOFCV podrán beneficiarse de un 15% de descuento en las compras que efectúen de productos marca propia (Herycor, Leuka, Akraven, Akrafit, HC) y un 7% en las compras que efectúen en el resto de productos comercializados por Herycor. Los descuentos no son acumulables, se aplicará el más beneficioso para el colegiado.

NUEVOS CONVENIOS

DESCUENTOS PARA COLEGIADOS/AS ICOFCV



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



Rehabilitación y Medicina Deportiva S.L.

MÁS INFO

www.colfisiocv.com/convenios

Con motivo del *Día Mundial de la Fisioterapia*, celebrado el pasado 8 de septiembre, el ICOFCV se sumó al lema de la WCPT y recordó que el papel del fisioterapeuta es vital para recuperar y paliar las secuelas que deja el COVID en una de cada diez persona

La Fisioterapia, esencial para combatir los efectos del COVID persistente

Con motivo de la celebración del *Día Mundial de la Fisioterapia*, que se conmemora el 8 de septiembre, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) se sumó al lema de la *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) y subrayó que la figura del fisioterapeuta es esencial para paliar los síntomas del COVID-19 en pacientes que mantienen durante tiempo prolongado secuelas como fatiga, dolores musculares, problemas de memoria y concentración, sensación de falta de aire, tos o dolor torácico.

El COVID persistente afecta a 1 de cada 10 personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 agudo o que se han recuperado de la enfermedad de manera ambulatoria. Se trata de una enfermedad multisistémica cuyos efectos se pueden prolongar durante más de 12 semanas y que se resume en más de 200 síntomas. A los ya enumerados, se suman otros como dificultad para dormir (insomnio), palpitaciones, mareos, dolor muscular, dolor en las articulaciones, depresión y ansiedad, zumbido y dolor en los oídos, náuseas, diarrea, dolor de estómago, pérdida de apetito, fiebre, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, alteraciones en el sentido del olfato y el gusto y sarpullidos.

El fisioterapeuta, como experto en el tratamiento basado en el movimiento, debe adaptar la rehabilitación por COVID persistente a cada persona en función de sus síntomas y objetivos,

World PT Day 2021

¿Padece de COVID persistente? Descubra cómo puede ayudarle su fisioterapeuta

¿Es frecuente el COVID persistente?
1 de cada 10 casos presentará síntomas durante 12 semanas o más

Síntomas más comunes tras 6 meses:

- agotamiento extremo (fatiga)
- exarcebación del malestar post esfuerzo
- problemas de memoria y concentración

Consejos para controlar el ritmo y la frecuencia cardíaca en pacientes con COVID persistente

1. Dejar de intentar superar los propios límites. El sobreesfuerzo puede perjudicar la recuperación.
2. El descanso es la mejor estrategia de gestión. No hay que esperar a que los síntomas aparezcan para descansar.
3. Moderar el ritmo de las actividades cotidianas y cognitivas

El ICOFCV aconseja a todos los ciudadanos con COVID persistente acudir a un [fisioterapeuta](#) para que pueda ayudarles en su recuperación.

enseñándole a retomar sus actividades cotidianas de forma pausada y segura, con un ritmo adaptado a su niveles de energía y sin forzar hasta el punto de sentir fatiga.

Desde el Colegio de Fisioterapeutas recuerdan que el fisioterapeuta puede guiar al paciente ayudándole a controlar el ritmo de trabajo y la frecuencia cardíaca.

Servicio de Fisioterapia en varios eventos deportivos de la Federación de Fútbol CV

Fruto del convenio de colaboración que mantienen el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) y la Federación de Fútbol de la Comunidad Valenciana (FFCV), varios eventos deportivos han podido contar con servicio de fisioterapia, como se detalla a continuación:



PRUEBAS FÍSICAS DE ÁRBITROS -RFEF

Las pruebas físicas de inicio de temporada de árbitros y árbitras de fútbol 11 de Segunda B, Tercera y Preferente fueron el primero de ellos. El pabellón del complejo Resort Más Camarena de Bétera (Valencia) fue el escenario de estas pruebas, que tuvieron lugar el pasado sábado 11 de septiembre, y en las que se trabajaron velocidad, resistencia y agilidad.

Los participantes fueron atendidos por nuestro colegiado, el fisioterapeuta **Álvaro Antón Nogués**, quien asistió a los colegiados del Colegio de Árbitros de Valencia que se presentaron a las mismas.



ENTRENAMIENTOS VALENTA SUB-15 Y SUB-17

Durante el mes de octubre, nuestros colegiados **Álvaro Antón** y **Sergi Rodríguez** han asistido a las jugadoras de las selecciones valencianas Valenta sub-15 y sub-17 de fútbol 11 de la *Federació de Futbol de la Comunitat Valenciana* durante los entrenamientos celebrados en Picassent para preparar el campeonato nacional femenino, que tendrá lugar en febrero de 2022.



II GRAN PREMIO DE CICLISMO ADAPTADO

La segunda cita que contó con un servicio de fisioterapia de la mano del ICOFCV fue el III Gran Premio de Valencia de Ciclismo Adaptado, la quinta prueba de la Copa de España de Ciclismo Adaptado, que se celebró el pasado sábado 2 de octubre en el Circuit Ricardo Tormo de Cheste. En este, además de aportar el material necesario, nuestra colegiada, la fisioterapeuta **Laura Bordenía**, atendió y trató a los ciclistas de todas las categorías que lo requirieron, tanto antes de la competición como después de las carreras ayudándoles en la recuperación. Una experiencia muy positiva y con una gran aceptación por parte de los deportistas y de la organización.



La obra de nuestro colegiado, que ha contado con el apoyo del ICOFCV a través de difusión así como de la adquisición de ejemplares, disponibles para lectura en la biblioteca del Colegio

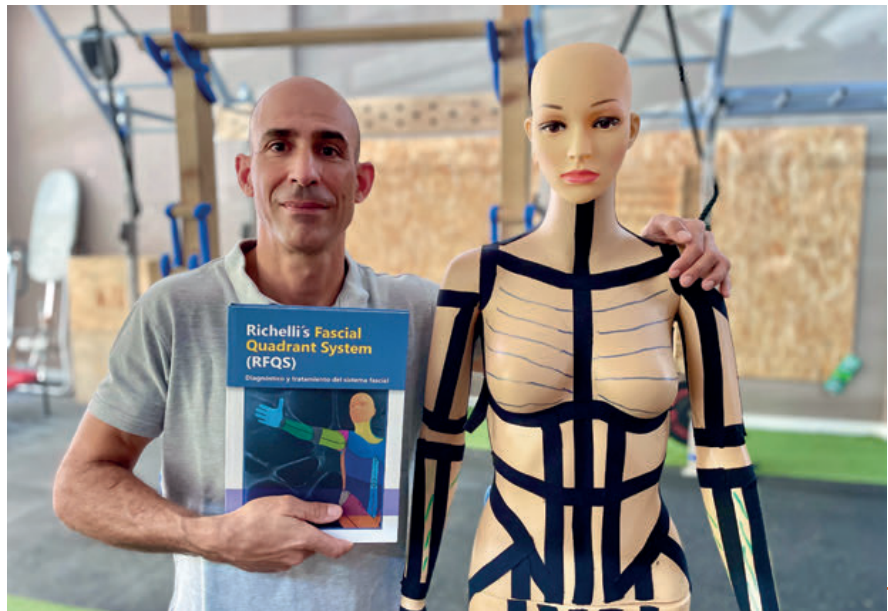
El fisioterapeuta Stefan Richelli publica su libro “Richelli’s Fascial Quadrant System (RFQS). Diagnóstico y tratamiento del sistema fascial”

Nuestro colegiado, el fisioterapeuta Stefan Richelli ha publicado el libro “*Richelli’s Fascial Quadrant System (RFQS). Diagnóstico y tratamiento del sistema fascial*”, una edición que ha contado 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 está apoyándolo con difusión.

Stefan Richelli subraya que el diagnóstico es quizás “el mayor quebradero de cabeza para el fisioterapeuta. Tenemos una gran batería de test para valorar las diferentes partes del cuerpo pero nos falta un test global que ponga en relación todas las alteraciones conocidas y ocultas. Conocer muchos test y saber valorar cada parte del cuerpo nos pone ante un dilema: ¿qué hacer con toda la información!”.

¿Cuál es el origen de todas las alteraciones de mi paciente? ¿Cuál es el síntoma y cuál es su causa? ¿Estoy tratando el tejido diana y lo hago de la forma más eficiente? ¿Sigo el orden adecuado en mis intervenciones? ¿Estoy seguro de que no trato zonas innecesarias que puedan interferir en los resultados? ¿Mi intervención está acertada en intensidad y duración? En opinión de Stefan Richelli, el diagnóstico del fisioterapeuta debería responder claramente a todas estas preguntas y a muchas más y no dejar lugar a dudas. La búsqueda de esas respuestas es el origen de este libro.

“En el camino fui conociendo una nueva-vieja anatomía: el sistema fas-



cial, un sistema que nos envuelve por completo y nos interconecta. Un tejido que gobierna todo el cuerpo y que no podemos obviar en ningún tratamiento. En el encontré la llave para el diagnóstico global al integrar todas las funciones y sistemas del cuerpo”, destaca nuestro colegiado.

Su modelo está integrado por cuadrantes que se interrelacionan en todas las direcciones y de superficie a profundidad. En la obra recoge que a través del movimiento y con una batería de ejercicios de exploración, con la percepción del paciente y un sistema de evaluación de los resultados, ahora puede saber: cuál es el cuadrante del paciente más alterado que causa su disfunción mecánica y cómo influye en su patología; qué zona específica del cuadrante debe tratar, con qué intensidad, duración, velocidad, dirección, profundidad y periodicidad;

Stefan Richelli

Este fisioterapeuta y osteópata es inventor de las herramientas de Terapia Manual Instrumentalizada (TMI). Además, es profesor del Máster de Terapia Instrumental de la Universidad Camilo José Cela y miembro ejecutivo de la *Fascia Research Society*.

si hay más de un cuadrante afectado qué orden debe seguir y si está acertado a través de la autoevaluación de los test para confirmar que estaban acertados, y qué ejercicios pautar para mantener y mejorar los resultados.

Richelli's Fascial Quadrant System es un libro esquematizado y claro, con ilustraciones e imágenes en 3D que te permitirán comprenderlo todo de forma visual.

Las personas con discapacidad pueden solicitar una prestación económica para contratar a profesionales colegiados con el objetivo de facilitarles una mayor autonomía

La figura del Asistente Personal de Dependencia, un nicho de trabajo para los fisioterapeutas

La figura del Asistente Personal y la de la Persona Profesional de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) forman parte del catálogo de recursos y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Comunidad Valenciana, y pueden ser solicitadas por cualquier persona con dependencia de Grado I, II o III reconocida por la Conselleria menor de 65 años.

Pese a ser una de las mejores opciones para las personas con discapacidad o para sus familias, porque abre la puerta a ser atendidas siempre por profesionales colegiados, es de las menos conocidas.

La figura de Asistente Personal es para personas de entre 18 y 64 años; y la de la Persona Profesional de Asistencia Terapéutica Infantil (PATI) para menores de 18 años.

El objetivo es facilitar una mayor independencia a la persona beneficiaria mediante el acceso a la educación o al trabajo, o bien posibilitar una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria, su inclusión y participación en la comunidad.

Para ello, los beneficiarios reciben una prestación económica con un marcado carácter inclusivo que les permite la contratación de un profesional durante un número de horas para que les facilite una atención personalizada orientada a la integración educativa, formativa, laboral y social dentro de un proyecto de vida independiente.



La
Fisioterapia
está entre las
titulaciones
sanitarias
que pueden
ejercer como
Asistente
Personal de
personas en
situación de
dependencia

Entre las titulaciones sanitarias que pueden ejercer como Asistente Personal de personas en situación de dependencia se encuentra la de Fisioterapia, lo que sin duda, supone un nicho laboral importante para el colectivo.

Nueva futura asociación

Para dar a conocer este importante recurso, un grupo de profesionales y familiares de personas dependientes están trabajando en la creación de una Asociación con el objetivo de ayudar, a las familias y a las personas con discapacidad, a gestionar la solicitud para acceder a este servicio.

En esta línea, ese grupo de trabajo, entre los que se encuentra una colegiada del ICOFCV fisioterapeuta

y madre de una niña con discapacidad grave, afirma que van a solicitar a la Conselleria de Igualdad que no modifique la norma actual ya que asegura que el proyecto del nuevo decreto de Dependencia en el que se está trabajando recoge un importante cambio en los tramos de edad que, de llevarse a cabo, dejará sin este recurso a las personas con discapacidad cognitiva o intelectual mayores de 18 años. "Según el borrador, a partir de los 18 años si la persona con dependencia no tiene capacidad de comprensión y autogobierno, pierde la posibilidad de beneficiarse de la figura del Asistente Personal, lo que no tiene ningún sentido, además de ser discriminatorio. Por ello, instaremos a Igualdad a rectificar este punto".

***In Memoriam:* Manuel Granell Galarreta, que nos dejó la víspera de Todos los Santos**

Fue creciendo en el conocimiento sanitario inculcado por su padre, estudiando A.T.S. para luego pasar a estudiar la especialidad de Fisioterapia (1964-66).

Tras sus obligaciones con el Estado ('mili') pasó a trabajar en la Escuela de Educación Especial, tras aprobar la oposición para entrar en la Diputación de Castellón; este hecho hizo que aumentara más su amor por la Fisioterapia. Después pasó a trabajar en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial de Castellón donde estimuló a todos los compañeros fisioterapeutas que allí trabajan "para promover la formación continua de la Fisioterapia". Llegó a ser coordinador de Fisioterapia y director de Enfermería.

Fue pionero en asociarse a la A.E.F. (Asociación Española de Fisioterapia) animando a todos los fisioterapeutas a estar asociados para formar una piña y que se reconociera nuestra profesión y nuestro trabajo. Tras formar una junta provincial y siendo él el presidente, empezó con los cursos de formación, Simposios y Congresos. Manolo, casi siempre estaba en la sombra. Algunos cursos fueron firmados por el secretario M.A. Silvestre como presidente del Comité Organizador.

Su gran amor por el deporte le llevó a realizar el primer evento de nivel nacional, el "IV Symposium Nacional de Fisioterapia en el deporte", celebrado en mayo 1983. A partir de este momento se empezaron a realizar jornadas anualmente.

El año 1985, se llevaron a cabo 4 cursos de manipulaciones vertebrales cervical, dorsal y lumbar junto con el




**Adiós a un pionero:
Manuel Granell**

Nos ha dejado un magnífico profesional: Manuel Granell. Nuestro querido compañero ha fallecido a los 77 años de edad.

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

¡Hasta siempre Manuel,
descansa en paz!



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

de partes blandas, realizados en Burriana. Este fue el principio de numerosos cursos realizados en la provincia promovidos por la Junta de AEF provincial de Castellón.

Fue en las III Jornadas Castellano Leonesas celebradas en Palencia por la A.E.F. en 1985, y en las IV Jornadas Castellano Leonesas de Burgos de 1987, en las cuales, en el trayecto de ida y vuelta tuve el honor de ver al ver-

dadero Manuel. Su gran preocupación era: "ver que aumentaban los masajistas y nosotros dejábamos esa parte de la Fisioterapia en manos de intrusos porque nos íbamos encaminando a otras técnicas de la Fisioterapia de menor contacto". Siempre decía que "teníamos que ser más técnicos en los conocimientos" Cualquier pregunta o información siempre era contestada a cualquier compañero con el amor y sinceridad que él poseía.

Manuel era conocido como fisioterapeuta del Deporte, tratando a deportistas de élite de las diferentes modalidades y por eso era reconocido tanto a nivel provincial como nacional. De hecho, llegó a ser el responsable de fisioterapia de la Selección Nacional de Ciclismo.

A parte de todas las jornadas, cursos y simposios realizados, su mayor éxito fueron las III Jornadas Nacionales de Fisioterapia del Deporte "Actualización de la Fisioterapia del Deporte", celebradas en noviembre de 1994, a las que acudieron traumatólogos, entrenadores, preparadores físicos, deportistas y, cómo no, fisioterapeutas del deporte de toda España. Actualmente hay algunos fisioterapeutas que todavía recuerdan la calidad de los ponentes y la buena organización que tuvieron dichas jornadas, todo ello gracias al gran equipo que formó de fisioterapeutas de Castellón y a la coordinación perfecta que Manuel llevó a cabo por su capacidad y la confianza que daba a todos los que formábamos la Organización.

Con posterioridad se celebraron cursos de "Tractament del dolor per fascies" en 1989 y de "Vendajes funcionales y linfáticos" en 1996 en el Servei de RHB del Hospital Provincial de Castelló.

Entre los años 1996-2002 fue elegido concejal y teniente de alcalde de Burriana, donde demostró su afán de hacer algo por la ciudad que lo vio nacer. Siempre ha colaborado en la realización de proyectos a favor de la sanidad y ayudando a la gente.

No podemos olvidar que detrás de un gran hombre siempre hay una gran mujer y esta es Teresa, su esposa, compañera y madre de sus hijos Pablo, Marcos, Fernando y Santiago que han querido continuar con las enseñanzas de su padre.



Manuel Granell con el cardenal Tarancón



En esta fotografía junto a los fisioterapeutas Cantavella (izqda.) y Silvestre (dcha.)

Ya en el 2003, con ayuda de sus hijos Pablo y Fernando, fisioterapeutas ambos, se realizó en Burriana la I Jornada científica "Corazón y Deporte" siendo también un éxito. (Tus dos grandes cualidades, un gran corazón y tu dedicación al deporte).

Además del deporte, Manuel Granell tenía una afición muy marcada, la colombicultura. Te has ido, como tus palomas, a encontrar un destino más alto en el cielo.

Nos dejaste recuerdos y el bien hacer con tus reflexiones, amistad y cariño que siempre demostrabas con todo el mundo.

Siempre nos quedarán tus enseñanzas, nobleza y generosidad y la defensa de la Fisioterapia.

Sentimos mucho no tenerte. D.E.P.

Crónica:
Toni Font

¡No te quedes fuera!

Actualiza tus datos de contacto

Recibirás toda la información del
Colegio en tu correo electrónico

www.colfisiocv.com



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

Dos de cada diez hombres pueden desarrollar incontinencia urinaria, dolor pélvico crónico, dolor de testículo, pene o ingle o alteraciones en la función sexual

El 20% de los hombres padecen afecciones en el suelo pélvico que pueden mejorar con Fisioterapia

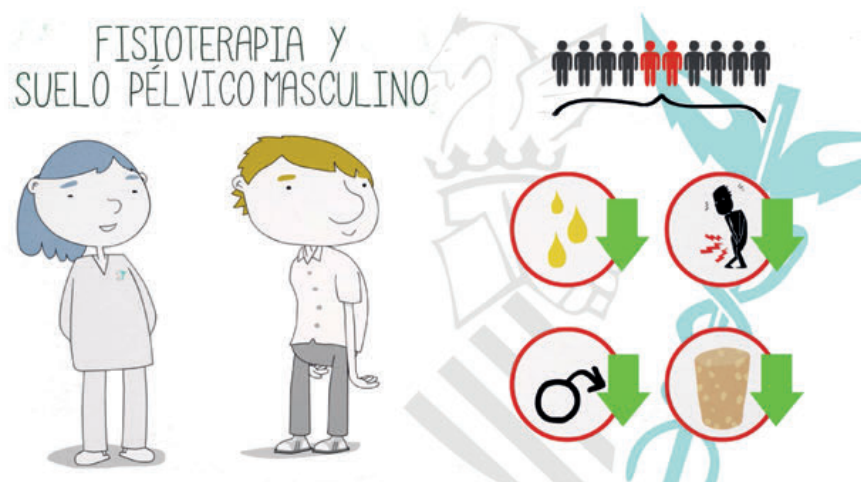
A pesar de que se suele pensar que los problemas derivados del suelo pélvico solo afectan a las mujeres, la realidad es que el 2 de cada 10 hombres pueden desarrollar incontinencia urinaria, dolor pélvico crónico, dolor de testículo, pene o ingle o alteraciones en la función sexual o sensación de ocupación del recto, todo ello sin haber llegado a sufrir anteriormente procesos quirúrgicos. Así lo recuerda el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) en su campaña "12 meses, 12 consejos de salud", en el que aconseja acudir al fisioterapeuta por ser el profesional más adecuado para disminuir e incluso eliminar la sintomatología.

El suelo pélvico es el conjunto de músculos y ligamentos que rodean la cavidad abdominal en su parte inferior. Sostienen todos los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto) y aseguran su normal funcionamiento. Es dinámico, se adapta a nuestro movimiento pero siempre manteniendo una adecuada tensión que sujete los órganos dentro de la pelvis. Cuando el suelo pélvico se debilita, surgen problemas que pueden afectar al funcionamiento de los órganos pélvicos.

El entrenamiento específico del suelo pélvico es esencial para evitar consecuencias mayores como incontinencia urinaria o fecal y el dolor pélvico. Además del debilitamiento propio de la edad, también se pueden generar problemas tras un proceso quirúrgico o tratamiento radioterápico en el cáncer de próstata.

La Fisioterapia cuenta con diferentes herramientas que pueden ayudar a los hombres a disminuir e incluso a eliminar la sintomatología mejorando su calidad de vida. Ante la aparición de síntomas como dolor o molestias en la

región pélvica o perineal es necesario acudir al fisioterapeuta para que realice una valoración individualizada y pueda aclarar dudas, facilitar los consejos necesarios y proponer si es necesario el tratamiento más adecuado.



Vídeo-consejos de 2021

- Rompiendo el sedentarismo
- Fisioterapia en la UCI
- Consejos para un teletrabajo efectivo y saludable
- Fisioterapia y autismo
- Aprender a respirar tras la COVID-19
- Fisioterapia en Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)
- Bruxismo
- Corredoras y cuidado del Suelo Pélvico
- Fisioterapia en Hemofilia
- Fisioterapia invasiva
- Fisioterapia y suelo pélvico masculino
- Fisioterapia en Odontología

Las clínicas y centros de Fisioterapia registrados en el ICOFCV, pueden solicitar los vídeo-consejos de la campaña "12 meses, 12 consejos de salud" para poder proyectarlas en las salas de sus consultas. Así mismo, podéis verlos todos tanto en la web, www.colfisiocv.com/videoconsejosgrupo, como en nuestro canal de YouTube [ICOFCV](https://www.youtube.com/ICOFCV).

Queremos recuperar nuestro homenaje anual a todos los colegiados y colegiadas que se han doctorado, como reconocimiento a su labor de investigación y su aportación a la Fisioterapia

Si te has doctorado desde 2019 a la actualidad y eres colegiado del ICOFCV, ponte en contacto con nosotros

En la paulatina vuelta a la deseada normalidad, el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) quiere recobrar su homenaje anual a todos los fisioterapeutas doctores colegiados y colegiadas, como reconocimiento a su labor de investigación y a la apuesta por el desarrollo de la Fisioterapia.

Por ello, solicitamos a los colegiados/as que se hayan doctorado desde 2019 hasta la actualidad que nos lo comuniquen enviando un email a Administración a fin de intentar contar con todos en una cita importante para la institución y para nuestro colectivo. ¿Qué hay que comunicar? Nombre completo, número de colegiado y acreditar la condición de doctor.



¿TE HAS
DOCTORADO
ENTRE 2019 Y
2021?

SI ERES COLEGIADO/A DEL ICOFCV Y HAS LEÍDO TU TESIS EN
LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, PONTE EN CONTACTO CON NOSOTROS

ENVÍANOS UN EMAIL A ADMINISTRACION@COLFISIOCV.COM

**HOMENAJE
ANUAL** POR UNA MAYOR INVESTIGACIÓN EN FISIOTERAPIA

lonclinics, galardón *Investigación e Innovación* en los VI Premios a la Excelencia

Los VI Premios a la Excelencia Profesional de la Unión Profesional de Valencia han reconocido la labor realizada durante casi una década por lonclinics en el sector de la salud y el bienestar, en concreto, en el desarrollo de dispositivos electromédicos para el sector de la fisioterapia y la medicina, otorgándole el premio en la categoría de *Investigación e Innovación*.

La entidad cuenta con un equipo multidisciplinar que realiza una constante labor de investigación y que está liderado por el fisioterapeuta Javier Herraiz, director de formación e investigación de esta compañía valenciana y colegiado del ICOFCV. También forman parte de él, los colegiados Nacho Coscollá y Antonio Garre.



El fisioterapeuta Javier Herraiz durante uno de los proyectos de investigación

Noemí Moreno, nueva Doctora en Fisioterapia



Noemí Moreno Segura
Fisioterapeuta, Doctora y Colegiada 4548

Tesis "Tratamiento no farmacológico del dolor crónico en pacientes con hemofilia: eficacia de un programa de fisioterapia combinado con terapia cognitivo-conductual"



Un elevado porcentaje de personas con hemofilia grave y artropatía severa sufren dolor crónico, reducción de la funcionalidad, calidad de vida y kinesiophobia. Esto influye en su bienestar psicológico y empeora a su vez su condición física dando lugar a un círculo vicioso. El objetivo de esta tesis fue evaluar los efectos de un protocolo combinado de fisioterapia y terapia cognitivo conductual en personas con severa artropatía y dolor crónico, así como los efectos a largo plazo. Para ello se llevó a cabo un ensayo clínico prospectivo con dos grupos, experimental y control, donde los pacientes del grupo experimental realizaron una intervención de 4 meses de ejercicio terapéutico domiciliario frente un grupo control que llevó a cabo su rutina. Se concluye que el protocolo combinado es eficaz en la mejora de la autoeficacia en el dolor crónico, la autoestima, el dolor actual, la kinesiophobia y la calidad de vida. En cambio, no se demostraron mejoras en el estado emocional, la funcionalidad y la salud articular. Además, los beneficios sobre la autoeficacia en el manejo del dolor crónico, la kinesiophobia y la calidad de vida se mantuvieron tres meses tras la intervención.

Noemí Moreno Segura leyó su tesis el 22 de octubre de 2021 en la *Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València*. El trabajo ha sido dirigido por los doctores Sofía Pérez Alenda, Elena Marqués Sulé y Marta Aguilar Rodríguez. El tribunal, formado por los doctores Sara Cortés Amador, Juan Eduardo Megías Vericat y Rubén Cuesta Barriuso, le otorgó la calificación de sobresaliente "cum laude".



Si eres colegiad@ del ICOFCV y lees tu tesis doctoral, ponte en contacto con nosotros y envíanos información

Sopa de letras



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 *Fisioteràpia al Dia*

Si consideramos la Fisioterapia como una disciplina de las ciencias de la salud tremendamente compleja, debemos asimismo aceptar que su práctica clínica diaria se asemeja a pelearse contra un cocodrilo de tres metros de largo con un cortaúñas. Me explico para que nos entendamos. Entre otras cosas el fisioterapeuta debe poseer la agilidad mental y los conocimientos necesarios para hilvanar con éxito los procesos de anamnesis, examen clínico y diagnóstico diferencial sin apoyarse a priori en pruebas radiológicas o de laboratorio al alcance de la mano de médicos de familia o internistas; imagínese el rebote que pueden coger los susodichos si el Ministerio de Sanidad les impidiese ordenar una radiografía oblicua del raquis cervical para descartar estenosis del foramen intervertebral en pacientes con radiculopatías o analíticas para monitorizar valores de A1C en sangre en pacientes que se marean constantemente. Los facultativos pondrían el grito en el cielo como es natural, pero sin embargo ese mismo Ministerio prohíbe al fisioterapeuta el uso de herramientas diagnósticas tan eficaces como estas por el simple hecho de que los fisioterapeutas no son doctores en medicina. Así de sencillo, de oca a oca y tiro porque me toca. El que suscribe podría aceptar esa explicación en 1951 pero no en 2021, en pleno desarrollo doctoral de la Fisioterapia, en un momento de excelencia académica en el que los títulos de grado proporcionan (o deberían proporcionar) el acumen necesario para ordenar e interpretar pruebas diagnósticas. Desde mi punto de vista mantener ese criterio exclusivista no beneficia al paciente sino que contribuye a continuar el caduco estamento sanitario.

Sigamos adelante con el símil; ahora el fisioterapeuta pretende reducir al cocodrilo de antes a zapatazos. De la misma forma y sin otro apoyo que una anamnesis y examen clínico exhaustivo, el fisioterapeuta debe ser capaz de diseñar y poner en práctica una intervención terapéutica eficaz, basada en la evidencia, para obtener resultados tangibles en el menor tiempo posible independientemente de la cronicidad de la lesión o enfermedad. Todo esto se espera de ellos sin inyectar corticoides o recetar fármacos, camino trillado por traumatólogos y neurólogos quienes utilizan estas herramientas muy a menudo. Imagínense si por arte de magia potagia el traumatólogo no pudiese inyectar esteroides para descartar o incluir bursitis petrocantérea en su diagnóstico diferencial o le



fuese negada al neurólogo la prescripción de relajantes musculares en casos de espasticidad de etiología neurológica. Naturalmente, los galenos agarrarían un mosquito de tres pares de huevos y no les faltaría razón; sin embargo, el fisioterapeuta debe obtener y muy frecuentemente obtiene resultados sin apoyarse en la industria farmacológica o inyectar bursas y tendones. ¿Podría alguien explicar por qué a estas alturas del potaje, con doctores en fisioterapia y títulos de grado, se le niega al fisioterapeuta la prescripción farmacológica o el uso de esteroides inyectables en lesiones musculoesqueléticas? No pido imposibles ni mucho menos; infórmese de lo que hacen en otros países aquí (<https://www.theindependentphysiotherapyservice.co.uk/physio-treatments/cortisone-injections.html>) y aquí (<https://academic.oup.com/milmed/article/178/10/1115/4352279>). Si el argumento para negarnos acceso a estas herramientas se basa en que el dominio de ambas es ajeno al currículum académico del fisioterapeuta, los ejemplos de 'fisios' británicos y norteamericanos pueden guiarnos en el refuerzo de remodelar nuestros programas académicos acorde a tales exigencias y así abrir el camino a una educación post-graduada que desmonte tales argumentos. De esta forma, la inyección de fármacos comunes en el tratamiento ortopédico, la prescripción farmacológica y el acceso directo a pruebas diagnósticas se hallarán dentro de nuestra caja de herramientas. Tal vez sea hora de que las autoridades sanitarias y educativas españolas se muestren progresistas y acepten un cambio de paradigma que beneficia, sobre todo, al paciente.

Dejo la más gorda para el final, la que no tiene ni pies ni cabeza. Esta vez se trata de reducir al cocodrilo con las dos manos en los bolsillos, los ojos vendados y a la pata coja. El fisioterapeuta inmerso en el sistema de sanidad pública, por lo que me cuentan, debe producir resultados y hacerlo independientemente de los medios a su alcance sin prestar atención al número de pacientes a su cargo, al tiempo que pueda dedicarles o a la cronicidad

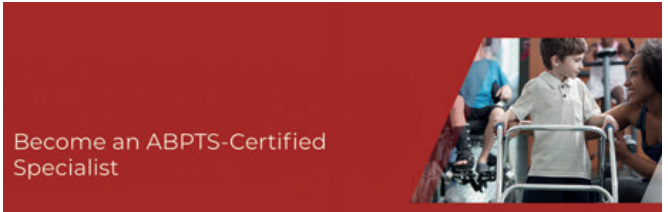
de la enfermedad. *De facto*, se niega al fisioterapeuta la **autoridad** de tomar decisiones finales y vinculantes respecto al alta o baja de sus pacientes mientras se promulgan diagnósticos y acciones terapéuticas frecuentemente alejadas de la evidencia científica. En otras palabras y hablando en plata: el fisioterapeuta en este marco sanitario debe aceptar al paciente sin considerar que este sea o no candidato óptimo para la intervención fisioterápica, debe aceptar diagnósticos que frecuentemente no lo son, debe además ceñirse estrictamente a los márgenes terapéuticos dictados por un médico rehabilitador y, la guinda sobre el pastel, debe tratar a ese paciente por un periodo de tiempo dictado, como habrán adivinado, por el médico rehabilitador. De lo que se desprende que a los ojos de la caduca administración pública el que de verdad parece saber de Fisioterapia es el rehabilitador y no el fisioterapeuta. Mátame camión con ruedas de chocolate. ¿Hasta cuándo puede mantener la administración española este paripé sin que a más de cuatro se les caiga la cara de vergüenza?

Hace unos meses le contaba a un grupo de estudiantes valencianos de Fisioterapia que en Estados Unidos no atamos los perros con longaniza y que, para practicar nuestra profesión en este país se requiere asimilar y poner en práctica los resultados de artículos *peer reviewed* pata negra cinto jotas para no quedarse atrás, espíritu de sacrificio para aceptar jornadas de trabajo semanales de cuarenta y cinco horas para arriba, cumplir con niveles de educación continuada obligatoria establecidos por el *Board* para mantener su licencia profesional y, por si fuese poco, navegar en un océano médico-legal que le obliga a documentar exhaustivamente todos y cada uno de sus pasos. Así se lo dije a los chavales de Valencia con la intención de que se lo pensaran dos veces antes de hacer la maleta porque el nivel de estrés es grande y se lleva a flor de piel; no es de extrañar que ocho de cada cinco fisioterapeutas norteamericanos se castigue el hígado al llegar a casa. Por algo será.

El establecimiento de las especialidades supuso un avance enorme en la práctica y reconocimiento profesional de los fisioterapeutas en Estados Unidos; si quiere usted aprender más acerca de estas diez especialidades no tiene más que usar este link (<https://specialization.apta.org/become-a-specialist>) para saber de qué va la cosa y esperar lo que, con toda seguridad, llegará a España más pronto que tarde. Por último, el tercer pilar se basa en la formación post-graduo que ofrecen las universidades avalando los programas refrendados por la APTA y aceptados por el Board en una variedad de disciplinas. Son las universidades las que ofrecen cursos puente de doctorados en Fisioterapia y las que, muy frecuentemente, ofrecen cursos intensivos generalmente centrados en diagnóstico diferencial, gestión de fisioterapia y formación específica a instructores clínicos.

Con todo esto pretendo traer a la mesa lo que me parece una obviedad: que el fisioterapeuta es el máximo responsable de la Fisioterapia en todos sus aspectos, que adolece de forma artificial de la capacidad de decisión que le permita gobernar el proceso de examen, diagnóstico y tratamiento del paciente, que el Doctor en Fisioterapia puede y deber mantener una comunicación fluida con otras especialidades sanitarias en un plano horizontal. Para hacer realidad esta evolución positiva debemos movernos por caminos que busquen sumar, caminos que incluyan cambios profundos de paradigma en la administración sanitaria que permitan al gobierno de nuestra profesión a través de Colegios profesionales de Fisioterapia (gérmenes del futuro Board si no me equivoco) quienes serán los encargados de cortar el bacalao legislando, regulando, guiando y creando entre otras cosas especialidades avaladas por universidades y refrendadas por las administraciones públicas. Sólo a través de los Colegios, los mejores garantes de los intereses de los fisioterapeutas, el control formativo y la creación de especialidades serán una realidad en España. Así, el Doctor en Fisioterapia tendrá las herramientas necesarias para que cuando se pelee con el cocodrilo sea capaz de salir del pantano con una cartera y un par de zapatos.

Llegamos al punto final de este artículo y me gustaría que nos trajese un momento de reflexión personal, que nos dejase un aroma de optimismo hacia las generaciones de futuros fisioterapeutas y hacia aquellos fisioterapeutas quienes, a trancas y barrancas, tratan de sobrevivir en una economía mileurista que les tiene puesto un pie en el cuello. Para ello les pido que, mientras lean el párrafo final de este artículo se empapen de la voz profunda de Sean Rowe recitando estrofas que me parecen muy acertadas para el caso en su canción *To Leave Something Behind* (<https://www.youtube.com/watch?v=mSgnC5eQ5u0>). Háganme caso, no se arrepentirán...



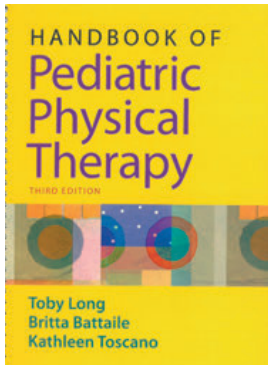
Become an ABPTS-Certified Specialist

Me parece innegable que la evolución de nuestra profesión es imparable y que es nuestra responsabilidad promoverla y apoyarla tanto como nos sea posible. Llamo desde aquí a fisioterapeutas con más de treinta años en las trincheras que conocen el sabor del desengaño, a profesores universitarios que asisten mudos a la promesa anunciada del desempleo y las estrecheces por venir de sus alumnos, a las asociaciones profesionales que se parten la cara por salvaguardar la Fisioterapia del ataque de tanto desaprensivo que anda suelto, a los que tratan en buena fe de mejorar la situación existente para tres días más tarde sucumbir al amaño institucional que les deja con el culo al aire; llamo a todos ellos para que, aquí y ahora, nos comprometamos a dejar un legado positivo a los que vienen detrás, a la sangre nueva que todavía no sabe lo que se le viene encima para presentarles una profesión por la que merezca la pena luchar y morir. Desde la humildad y el conocimiento de que nos queda mucho por aprender. Se lo debemos a la chavalería que se hizo fisioterapeuta pensando que sería una profesión con futuro, a los que pensaron que podrían establecerse y mantener una familia sin estrecheces, a los que dieron por sentado que formarían parte de un equipo multidisciplinar en el que serían tratados de igual a igual, con respeto. Ellos y ellas, los que todavía andan aprendiendo a qué nivel torácico encontramos el cayado de la aorta, no merecen darse de narices con un futuro indigno que les va a hacer un monumental corte de mangas con cada bono de tratamiento a cinco euros, con cada oferta formativa artificial, con cada negativa de la administración a considerarles dueños de sus propias decisiones clínicas, con la abundancia execrable de los que les venden promesas vacías. Es nuestra responsabilidad *to leave something behind*, dejarles un legado para que nuestra profesión avance con pie firme en el futuro próximo. Esos cimientos sobre los que construiremos una Fisioterapia en la que cabemos todos pasará por especializarnos, por reciclarlos, por educarnos con rigor y tal vez por generar una sopa de letras que nos permita darle al cocodrilo hostias como panes y fabricar un ariete que derribe los muros entre los que estamentos e instituciones pretenden mantener cautiva a la Fisioterapia *ad infinitum*. Definitivamente, usted y yo debemos dejarles a los que nos siguen un legado que merezca la pena porque nosotros somos el pasado y ellos, los que vienen detrás, el futuro.



José Lendoiro Salvador

Colegiado 1457
Fisioterapeuta y Doctor en Fisioterapia



Handbook of Pediatric Physical Therapy [+ resources for students, and resources for instructors, in thePoint, thePoint.lww.com]

Autores: **Toby Long, Britta Battaile, Kathleen Toscano** Ed. Wolters Kluwer [Philadelphia (PA, USA)], 2019 (3ª edición) ISBN 978-1-4963-9503-0 Pgs: 287 P. a.: 45€

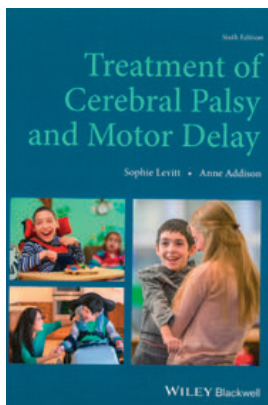
La tercera edición de este manual, mantiene los mismos seis capítulos, y elimina los colores de fondo que dificultaban la lectura de la segunda edición (2002). En el primer capítulo, sobre crecimiento y desarrollo, incorpora elementos que facilitan la comprensión del texto, como fotografías en tablas como las valoraciones en los primeros meses.

El capítulo segundo trata sobre condicionantes de las afecciones pediátrica, se indican con sus características los trastornos de origen genético, cromosómicos, multifactoriales, mitocondriales, así como los originados en bebés prematuros con sus posibles complicaciones. Continúa con las enfermedades del crecimiento, como el exceso o defecto de altura, o la obesidad. Detalla las infecciones de la infancia, los riesgos de la exposición prenatal a las drogas y alcohol, las malformaciones del recién nacido, así como los indicadores de negligencias, abusos y maltrato. En otros apartados, recoge las enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares-respiratorias, del sistema tegumentario, discapacidades del desarrollo, y afecciones oncológicas.

La importancia de las valoraciones, mediciones, recopilación de información y seguimiento de cada pa-

ciente, está recogido en el tercer capítulo, de forma detallada y con profusión de cuadros. Continúa con el capítulo sobre la diversidad de las intervenciones fisioterápicas. El quinto deja planteada la asistencia tecnológica y protésica, que precisan numerosas afecciones pediátricas. Acabando con el capítulo sobre el sistema administrativo norteamericano de la asistencia sanitaria y sus posibles problemas. Acabando el libro con un índice temático. Sin embargo, esta edición dos apartados incluidos en la edición de 2002, uno sobre los recursos y asociaciones especializadas en cada enfermedad, y otro de importancia como es la fundamentación bibliográfica, que empobrece la actual edición.

La asistencia sanitaria comunitaria y primaria es de gran importancia en las enfermedades pediátricas, empieza a ser reconocido (ver por ejemplo el siguiente libro: "Primary, community care and disability services physiotherapy workforce and business review". Dublin, Irish Society of Chartered Physiotherapists ISCP, December 2015). Además, de la inclusión de la Fisioterapia en las prácticas preventivas y comunitarias (ver por ejemplo: "Textbook of Prevention Practice and Community Physiotherapy (Vols 1 and 2)". Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 2018).



Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay

Autoras: **Sophie Levitt, Anne Addison** Ed.: Wiley - Blackwell, 2019 (6ª ed) ISBN 978-1-119-37386-5 Pgs: 441 P. a.: 50€

Los tratamientos en pacientes con parálisis cerebral y retraso motor, son recogidos en la sexta edición de este manual, escrito por una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional. Comienza detallando el cuadro clínico de estos pacientes, etiología, causas, desarrollo, situación en diferentes edades, los tipos y sistemas de clasificación.

En el siguiente capítulo se resalta la importancia de la colaboración del entorno familiar y de los diversos profesionales sanitarios, para desarrollar un enfoque de aprendizaje colaborativo. Continúa planteando el aprendizaje de la función motora, así como los tratamientos y estrategias en adolescentes y adultos.

En el quinto capítulo se recoge el esquema de los enfoques de los diferentes tratamientos fisioterápicos: patrones de movimientos, propiocepción neuromuscular, desarrollo neuromotor, Bobath, ...

Continúa resaltando la importancia de basar la práctica clínica en evidencias científicas, siendo fundamental la documentación científica para la investigación de los propios fisioterapeutas, muy lejos de la generalista y de los paquetes comerciales contratados de algunas bases de datos. Los siguientes capítulos se centran en los enfoques de tratamientos, valoraciones, seguimientos, métodos de observación, las actividades de la vida diaria, trabajo en grupos, tratamiento de deformidades, así como el equipamiento de apoyo para mejorar la posición y la movilidad. Añaden dos apéndices, índice temático y una extensa bibliografía.

Es un manual que debe ser complementado con otros muchos al respecto, siendo un ejemplo el siguiente: Tuscelli (coord.) "Comprendre la paralyse cérébrale et les troubles associés: évaluations et traitements". Elsevier, 2017 (2ª ed.).

Children and Youth with
Complex Cerebral Palsy

Care and Management



Edited by Laurie J. Glader and Richard D. Stevenson

Children and Youth with Complex Cerebral Palsy: care and management

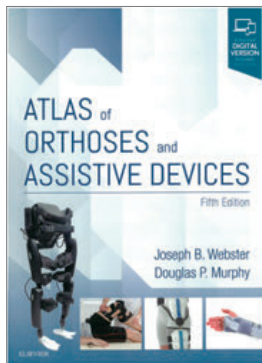
Editores: **Laurie J. Glader, Richard D. Stevenson** Ed. Mac Keith Press [London (UK)]. 2019 ISBN: 978-1-909962-98-9 Pgs: 384 P. a.: 40 €

Comienza el libro con una visión general sobre la parálisis cerebral (definición, clasificación e impacto). Que continúa con capítulos sobre evaluación funcional y objetivos de gestión, el problema de la hipertensión, el manejo musculoesquelético y ortopédico, así como las necesidades de asientos, movilidad y equipamiento. Se dedican capítulos a los problemas de osteoporosis y fracturas en este tipo de pacientes, la importancia de la alimentación y nutrición, teniendo en cuenta las posibles enfermedades gastrointestinales en este tipo de paciente.

También plantean una visión general sobre las enfermedades respiratorias y desórdenes del sueño en pacientes del complejo de parálisis cerebral. Dedicando otros capítulos a la importancia del desarrollo del habla y la comunicación social, a las discapacidades cognitivas y sensoriales que pueden conllevar, a las actividades de la vida diaria (dormir, ir al baño, ...),

las posibles alteraciones de comportamiento, y otro capítulo a la salud mental en parálisis cerebral. No se olvida el libro de la importancia de factores tan relevantes como el dolor y sus consecuencias, como los niveles de irritabilidad. El capítulo quince aborda las convulsiones y epilepsia en este tipo de pacientes.

Con la evolución vital y crecimiento plantea otras situaciones que también se incluyen, como la adolescencia, sexualidad y la transición a la situación de adultos. Plantea las investigaciones basadas en evidencias científicas, como la búsqueda de opciones de tratamiento, entre las opciones que pueden tener en cuenta profesionales y familiares. Así como la importancia de tener en cuenta la visión de los padres, y cómo ir creciendo asumiendo la enfermedad. Terminando con un capítulo sobre las herramientas de cuidado para la práctica clínica, y con un índice temático final.



Atlas of Orthoses and Assistive Devices [+ activate the eBook digital versión in expertconsult.com]

Directores: **Joseph B. Webster, Douglas P. Murphy**. Ed.: Elsevier [Philadelphia (PA, USA)] (2019, 5ª ed.) ISBN 978-0-323-48323-0 Pgs: 463 P. a.: 150 €

La importancia de la asistencia tecnológica y protésica que precisan numerosas afecciones pediátricas, también queda reflejado en este atlas sobre soluciones ortésicas y dispositivos de asistencia, con la inclusión de varios capítulos sobre dicha temática. Además de los capítulos incluidos en secciones dedicadas a afecciones espinales, y miembros superiores e inferiores.

Dedica un capítulo a las asistencias en trastornos congénitos y adquiridos (desde los primeros meses de vida), en afecciones de cadera, así como las existentes para los pacientes con enfermedades musculares, incluyendo soluciones para los problemas

generados por parálisis cerebral y por mielomeningocele, y otro capítulo sobre órtesis craneales de remodelación.

Se incluyen capítulos sobre la asistencia en las actividades de la vida diaria, incluida la conducción en adultos. Siendo de interés la inclusión de las aplicaciones de estimulación neuromuscular eléctrica para la recuperación funcional de los pacientes con afecciones neurológicas, habiendo un capítulo dedicado a las mismas en pacientes con inmovilizaciones de las extremidades, y otro sobre el movimiento asistido exoesquelético después de una lesión medular. Acabando con un breve capítulo sobre las tendencias de futuro sobre la investigación en las asistencias tecnológicas en las limitaciones de movilidad en diferentes afecciones.



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 de l'1 de juliol al 23 de novembre de 2021.

Nuevos colegiados del ICOFCV

Albacete

7793 SERGIO RUANO MICÓ
7830 ALEJANDRO GONZALEZ DELGADO
7860 MIGUEL ALARCÓN YAGO
7943 SERGIO ESPARCIA SÁNCHEZ

Alicante

7752 ÁLVARO PASCUAL HERNÁNDEZ
7755 MARCOS PAYÁ GÓMEZ
7761 LAURA MARTÍNEZ FILIU
4460 EVA MARÍA SALVADOR GUTIÉRREZ
7773 LIDIA SALAS FERRÁNDEZ
7769 GIORGIO PANASITI VERA
7770 JUAN PABLO RICCI
7777 CRISTIAN HERNÁNDEZ CALLADO
7781 CELIA GARCÍA LUCAS
7780 JOSHUA MARK LONGSTAFF
7791 RALUCA ANDREEA BALASA
7788 JOSÉ GONZÁLVZ QUILES
7789 ANTONIO CLIMENT FORNES
7790 SERGI ROIG I FORNÉS
7783 MARÍA PÉREZ LÓPEZ
7805 MIGUEL PÉREZ FERRER
7795 JOAN PIERA BORDES
7800 ANDREA SÁNCHEZ ROCAMORA
7794 LORENA PÉREZ SIGNES
7797 MARÍA SILVANA OLIVARES RAMOS
7803 NEREA VALERO BAÑÓN
7808 SUSANA CANDELA PIERA
7809 ALBA BISQUERT BOVER
7816 JORGE SOLER DURÁ
7818 JÉSSICA CARDONA NAVARRETE
7823 ÁNGEL GUILLÉN SEPULCRE
7822 MARINA DE ROJAS SIMÓN
7817 ÁNGEL ZARAGOZA VIDAL
7821 RAQUEL PIÑOL MARTÍNEZ
7813 PAULA CALPENA MARTÍNEZ
7815 JAVIER MICÓ REQUENA
7825 EMMA ESPINOSA GUILLAMÓN
5033 REYES LÓPEZ CUTILLAS
7831 DAVID JIMÉNEZ MADRID
7829 LUCÍA POZO ESCALONA
7836 CRISTINA FERRI BARBERÁ
7833 MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ ROCH
7839 ELISA AGULLÓ SANSANO
7837 MARÍA VAELO MARTÍNEZ
7847 LUCÍA GALLEGO MARTÍNEZ
7855 MARÍA JOSÉ RICO GASPAR
7849 JOSÉ JOAQUÍN AZNAR SÁNCHEZ

7856 GUILHERME FERNANDO SOUZA NUNES
7852 ANTONIO RUANO COMPANY
7863 DANIELA RENGIFO ORDOÑEZ
7870 MARINA SANTOS MARCO
7877 CARLOS ALGORA SANJUAN
7880 ROSA MARÍA ROSELLÓ IVARS
7886 INÉS RIERA MENGUAL
7884 EMILIO TOMÁS MUÑOZ
7887 ALEXIS GIMÉNEZ BONETE
7888 DANIEL ASENSIO GÓMEZ
7889 ANTONIO SALA SELLES
1944 MARIANA INÉS LIENDO
7896 ELOY SEMPERE GARCÍA
7897 JUAN VICENTE AGULLÓ MERTENS
7898 DANIEL CAMARENA MARTÍNEZ
7900 CRISTIAN ASENSIO ASENSIO
7899 VIKTOR MICHEL ALONSO VANLAEYS
7901 DAVIDE ANTISTA
6303 ANDREU NAVARRO PÉREZ
7913 LIDIA HERNÁNDEZ VILLEGAS
5016 ANTONIO JOSÉ GUERRA BLANC
7924 AXEL ANDRÉ
7922 RAMIRO RAÚL RÓDENAS GARCÍA
7928 MARC ANTONI BUENDÍA CORTÉS
7929 PERRINE DOMINIQUE SANDRINE BERTRAND
7931 RAPHAËL REDONDO
3295 ALEJANDRA ESPASA SANJOSÉ
7944 LUIS MIGUEL PLÁ MAESTRE
7947 NURIA FERRÁNDIZ PÉREZ
3559 SOFÍA RODRÍGUEZ DEVESA
7950 FRANCISCO SÁNCHEZ GARCÍA
2189 TERESA RODRÍGUEZ BLANCO
7961 IVÁN PACHECO MARHUENDA
7969 LUCÍA RUIZ BLAYA
7978 DAVID JACQUES UTRERA
7975 FRANCISCO NAVARRO MATEO
7979 GABRIEL GÓMEZ VALIENTE
7981 ALMUDENA HERNÁNDEZ CASTILLO
7990 DANIEL OLTRA MORENO
3475 VERÓNICA BAILÉN BUIGUES
8007 IGNACIO VALERO RUIZ
8008 CRISTINA PELLÚS BALDÓ
8014 LADY LORENA SARMIENTO VALENCIA
8019 EITEL DANIEL INVERNOZ LABERNIA
8022 ÁLVARO NAVARRO ALMELA
8023 LÉA CLÉMENCE RAÏLO
8027 MARIANO ESTEBAN LÓPEZ
8026 MARÍA ESTHER BAEZA ALEMANY
8029 ANA BUSTOS MONTORO
8030 SYLWIA MARIA SEWERYN
6450 ALBA FELIZ ORTEGA

Nuevos colegiados del ICOFCV

Del 1 de julio al 23 de noviembre de 2021

Alicante

8033 MARÍA DANIELA GARBARINO
8034 SANTIAGO EMANUEL RAMOS
7429 ANTONIO JOSÉ GISBERT CUBERO
4104 CARLOS ANTOLÍN GÓMEZ
8043 ELODIE SOURIA AGNIKE DAHOUENON
8044 ENRIQUE LOSADA GARCÍA
8046 NIELS BALSLEV
8047 GIORGIO LUCA ANGIOLINI
8050 LAURA PÉREZ BLANCO
8061 JOSÉ DIEGO ESPADAS RUIZ
8060 ALEJANDRO BELLOT PLA
6643 LUCIA AARSTAD
8066 MARCOS BERNABÉU BONAFONTE
8071 PASCUAL VERA CEBRIÁN
8073 MANUELA SEGURA MINGUEZ
8075 ROSA MARÍA LARA FELIU
8074 JORGE CALDERÓN AZNAR
8084 ISABELLA ROCIO BERDINI ALONSO
5749 MARÍA TERESA VILELLA ANTÓN

Asturias

8004 ELIA AUMENTE LÓPEZ

Castellón

7751 CARLOS SALES BLANCO
7753 VICENT DOMÉNECH SABATER
7760 GUILLEM BELTRÁN SEGARRA
7763 TANIA BARREDA MIRÓ
7775 ÁLVARO VICIACH LLOPIS
7784 ROSA PESUDO MARÍ
7796 IVAN MARCO RODRIGO
7841 LAURA MIÑANA MARÍN
7866 PAULA PITARCH AGUT
7871 JOAN MARTÍN VICENT
7873 ELENA EROLES TENA
7882 LUIS CASANOVA MARÍN
7914 JORGE FERNÁNDEZ DE LUCAS
7927 FRANCISCO JAVIER BELTRÁN MELCHOR
7930 ÁNGEL GÓMEZ NACHES
7962 JOAN BODÍ LIZANDA
7965 ESTHER PEIRÓ VIGUERAS
7963 SERGIO FERRER GONZÁLEZ
7976 IGNACIO LACOMBA GUILLAMÓN
7988 ERIC VALLS LLORENS
7995 MIGUEL ÁNGEL PEIRATS MORÁN
8003 JONATHAN MARTÍN CUESTA
8017 CARLOS TERRÉS FERRER
8020 PAULA HERNÁNDEZ CUESTA
8032 CHRISTIAN ROYO BAYOT
8041 PAULA ISABEL ENERO MARTÍNEZ

6882 RUBÉN CABEZAS YOUNG
8055 ELENA GONZÁLEZ RIVAS
8064 OLEGARIO ARRUFAT RACERO
8065 MARÍA ORTELLS RAMOS
8080 KARLA GEORGIANA CALIN

Coruña

7985 PABLO CARRASCOSA LUCAS

Cuenca

7787 LAURA MARÍA MORENO SORIANO
7812 RAQUEL MONSÁLVEZ SISTERNAS
7883 IRMA GÓMEZ FERNÁNDEZ
7885 IVÁN MEJÍAS CORTIJO

Guipúzcoa

7774 ANDER RASO DELGADO
7891 ANDER ITURRALDE ALZUA

Granada

7858 INÉS MUÑOZ MOLINA

Jaén

7991 JUAN ANTONIO MORENO RAMIREZ

Lleida

7910 ANDREA MONTOY HERNÁNDEZ

Málaga

7771 BELÉN BENLLOCH MENCHERO
7807 MARTA REDONDO RODRÍGUEZ

Murcia

7980 ENRIQUE MOLINA BAÑÓN

Navarra

7940 MIKEL MANERO ARGÜELLES

Pontevedra

3763 CARLOS POLO GÓMEZ

Nuevos colegiados del ICOFCV

Del 1 de julio al 23 de noviembre de 2021

Salamanca

7874 CELIA BONETE WIESE

Santa Cruz de Tenerife

7987 ANDREA MARCOS DELGADO

Tarragona

7846 ALBA TORTAJADA SÁNCHEZ

Valencia

7749 LUCÍA KARINA ARTILES MÉNDEZ

7748 MARIA CARLOTTA FABIANI

7754 ANDRZEJ WESOLOWSKI ORLIKOWSKI

7750 FERNANDO CRIADO BENAVENT

7758 MARCEL FORNÉ ALEGRE

7757 ÓSCAR GÓMEZ GARCÍA

7756 SILVIA PEIRÓ ROMERO

7759 SOFÍA ALICIA BALLESTER GIL

7762 ALEJANDRO FONT VERA

3487 MARÍA GOMAR PLA

7764 JOSEP PRESENCIA SANCHIS

1726 MARÍA PÉREZ VERDÚ

7768 JAUME ROIG GARRIGUES

7767 PATRICIA LLORET CAMPOS

7765 FERNANDO SÁNCHEZ VARELA

7772 PABLO VALLS ORTS

7766 LLUÍS CORNEJO ESPARZA

7779 JAVIER FOLGADO CATALÁ

7776 ÁLVARO TOLEDO MORA

7782 JORDI PALLÁS GRAU

6275 EDGAR MARTI RUBIO

7778 PAULA GRAS ADELL

7786 BORJA SANTAMARÍA ENCINAS

7785 MARÍA AMPARO CANO DOLZ

7799 CRISTINA PERALES CABO

7792 XIMO DOMINGO FERNÁNDEZ

7798 PABLO ROS PEDRÓS

7806 TRIANA DEL CARMEN MARTÍNEZ MUÑOZ

7802 ROSA MARÍA ROMERO SERRANO

7804 PILAR MINGUEZ SERRA

7801 QUINTINA BERMUDEZ GARRIDO

7810 JOAN LOZANO LLUCH

7361 CHARLOTTE I. AIMEE CLAUDE HERRMANN

7811 ADRIÀ GASPÀR GARCÍA

7819 ISABEL FERRE CALBO

7814 HÉCTOR ALFONSO MORENO CLEMENTE

7820 JOSÉ JESÚS LOZANO RUIZ

7824 ANDREU BUTIÑÁ NAVARRO

7828 VICENTE GONZÁLEZ CEBRIÁN

7827 IRENE MARTORELL MORAGUES

7826 ROSA ANA TORMO TOLOSA

7835 ALEJANDRO VIÑUELA RODRÍGUEZ

7834 MARINA VIDAL PEDRÓS

7832 RAÚL MARTÍNEZ PÉREZ

7845 CARLES MONZÓ PÉREZ

7842 BELÉN ILLUECA MONREAL

7840 JORGE ARGOS CARBONELL

7838 NATALIA MOLINERO RAMÍREZ

7844 ELENA GRANADOS SERRANO

7843 FRANCISCO FERRERO SOLER

7848 JOSEP ANDREU JIMÉNEZ

7851 JUAN BELTRÁN ERES

7850 BORJA ARGILÉS ALBEROLA

7857 MARTA MARTÍNEZ SOLER

5733 MIGUEL CHRISTIAN HERNÁNDEZ JUAN

7859 CARLOS BALDERO FERNÁNDEZ

7853 RUBÉN CARRASCO ARNAU

7854 EVA VIVO SAIZ

7861 PABLO TORRES DÍAZ

7862 MAR LÓPEZ MONTORO

7864 NATHAN PAUL BISET

7865 JOAQUÍN JOVANI RICART

7875 JOSÉ MORERA GALLARDO

7868 SOFÍA SARTORI

7876 VICENT CLARI FUSTER

7867 JOSÉ RAMÓN PEIRÓ BURGUETE

7872 JAVIER MANZANO FERNÁNDEZ

7869 MARTA BONET CARREÑO

7879 CARLOS ANDREU VALENCIA

7878 ALBERTO MELIS ROMEU

7881 LOLA ANOUK MONBILLARD

7890 ALEJANDRO SALVADOR RUANO SELFA

7894 LUCAS GONZÁLEZ COLERA

7893 JONATHAN SÁNCHEZ TORRIJOS

7892 LEYRE ANTOLÍN TEBAR

7895 ROSER CHORNET MARÍN

7902 JUAN CARLOS BERNAL SALAS

7903 ITZIAR MELIA PIQUERES

7907 DAVID BOSCA MARÍ

7904 RAQUEL BAÑULS TÉBAR

7906 MICKAËL ALEXANDRE RUBY

7905 DAVID MARTÍNEZ POZO

7908 ALBA CUENCA LÓPEZ

7909 MATHILDE JEANNE DOLORES CONDE-APARICIO

7912 JAVIER REAL PUCHADES

7911 FERNANDO FELIPO HERNÁNDEZ

7915 ANGELO COSTA CALVELLI

7916 BLAI BERMÚDEZ ALACREU

7917 EDUARDO AITOR RUIZ NAVARRO

7918 MIGUEL CATALÁ DE LAS MARINAS

7919 FERRAN CUENCA MARTÍNEZ

7920 JAVIER MIRA BERENGUER

7925 JOSEFA TORMO LINARES

7923 LUA FERRANDO ORTELLS

7921 GHERGHINA GARCÍA PONS

7926 JOSEP BAÑULS GRANELL

7934 BLANCA IRANZO MUÑOZ

Nuevos colegiados del ICOFCV

Del 1 de julio al 23 de noviembre de 2021

Valencia

7933	PABLO HORNOS SÁNCHEZ	8012	MARTÍN JOSÉ QUIRÓS RODRÍGUEZ
7932	JOAN PRATS PAUSÀ	8010	DANIEL MORANT ARMERO
7935	ANTHONI KRÉMO JEAN SOUAB	8011	MAYRENKA MAIZ ERICES
7936	ALBA ALMAZÁN PUIG	8013	ANA MUÑOZ LEIVA
7939	FRANCESC BOSCA GIMÉNEZ	8015	FÉLIX GASTON JEAN PASDELOUP
7941	LAURA MARTÍN REDONDO	8016	MARÍA JULIA SÁNCHEZ PERIS
7937	ENRIQUE GARCÍA-MATRES ATIENZA	8018	HÉCTOR ORTEGA RUFÍ
7938	IRENE SORIANO FERRANDO	8021	JUAN MANUEL BUITRAGO RIVERA
7942	CARLES FOLGUERÀ CLIMENT	8024	PAULA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
7946	MARÍA CONCEPCIÓN B. ZAFRILLA NICOLÁS	8025	SERGIO FARGUETA MACIÁN
7945	ROCÍO ARROYO DE LA ROSA	8028	MARINE ALICE JEANINE SAYSSET
7948	JOSÉ ANTONIO LÓPEZ DE SILANES CARMONA	8031	DIEGO NATURIL ALFONSO
7951	RUBÉN GIL SORIA	8035	LUCAS MATÍAS BENINCASA
7949	LETICIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ	8037	ADRIANA HORTELANO MOLINA
7952	NICOLÁS MUGUÍA BAZTÁN	8036	ALBERTO SANCHO SÁNCHEZ
7954	LLUÍS PERIS NAVARRO	8038	PAULA GONZÁLEZ GÓMEZ
7953	ALBA BARRERA SANZ	3467	CRISTINA GIL MUÑOZ
7958	MIGUEL PÉREZ REIG	8039	ANDREA PAREDES DELHOM
7956	MAITE BAILÓN GÓRRIZ	8040	JORGE BAEZA SAHUQUILLO
7955	SILVIA CASCOS ESPINOSA	8042	ALBERTO ORDÓÑEZ CÓRDOBA
7957	VICENTE MUÑOZ ALARCOS	8045	ADRIÁN RAMÍREZ CARDONA
7960	MAYRA ALEJANDRA TAPASCO YPIA	8051	INMACULADA NOVELLA DOMÉNECH
7959	JORGE RODRIGO MULET	8048	ALICIA GARCÍA ANGUIX
7964	JOSÉ ASENSIO RODRÍGUEZ	8049	GABRIELA DELANY TOLEDO MELÉNDEZ
7966	LUCÍA MARÍA MATA COLLADO	4240	ANDRÉS JOSÉ CANO DÍAZ
7967	MAUREEN BRETON	8053	HUGO SORIANO TUDELA
3056	ALBA SEBASTIÀ CHECA	8052	NOELIA SANCHIS BLAY
7968	NEREA PRADO FONTES	8054	PAULA LÓPEZ GÓMEZ
7970	JOSEP ESTEVE FERRI	8056	HEIDELINDE CALTABIANO
7971	BASILE JULES NESSIM WEIL	8059	ARTURO SÁNCHEZ JIMÉNEZ
7972	JOSEP MARTÍNEZ MARTORELL	8057	MATHILDE COLETTE ANDRÉE GAUVIN
5070	JOSÉ VICENTE PIRIS BALLESTER	8058	ESTHER REVERT BODÍ
7977	COVADONGA MICÓ CUENCA	4204	LAURA DONAT SAPIÑA
7973	ALBA POLO BARRIOS	8062	FELIPE RUIZ FABIÁ
7974	ÓSCAR TODOLÍ VIRGILI	8063	ÓSCAR GARCÍA OLMO
7984	ANTONIO GARRE FRUTOS	3480	MÓNICA GARCÍA BURGNET
7982	PAU BELLÉS JUAN	8067	VANESSA LAMELA SILVARREY
7983	FRANCISCO JAVIER NAVARRO GRACIA	8072	FRANCESCO SCHEMBARI
7986	JOSÉ SÁEZ GARCÍA	8068	ALBA GARCÍA MARTÍNEZ
7997	MIGUEL PERIS CAPLLIURE	8070	SANTIAGO ENRIQUE BIANCIOTTI
7992	FRANCISCO JAVIER NAVARRO BERLANGA	8069	ALBERTO PARDO IBÁÑEZ
7998	GONZALO CASTEJÓN FLUIXÀ	8076	SUSANA ESCUDERO ALEMANY
7989	MARÍA PAU MORA	8078	MIREIA JIMÉNEZ COSTA
7996	MARTA CRUZ FAJARDO	8077	GUILLERMO ORTEGA TERREN
7994	MARTA LARRUBIA MARTÍNEZ	8079	ESTRELLA ZÚÑIGA GIL
7993	IVÁN FIGUERES ORCHILLES	8081	CARLES BADIA VIDAL
7999	PABLO NAVARRO NOTARIO	8082	PABLO PRIMO HERNÁNDEZ
8000	PAULA FERNÁNDEZ CARDONA	8083	MARÍA CUBAS SISTERNAS
8002	DANIEL NECO LÓPEZ SALMÓN	8085	ALBA ALFONSO MARCOS
8001	RUBÉN ARTÉS MESTRE	8086	ALEJANDRO GRAU MATEU
8005	LAURA MOLINAPITARCH	8087	VICENTE ASENSI MARÍ
8009	LAURA GARCÍA VILA	8088	SERGIO MAESTRO ROLDÁN
8006	SANDRA GARRIGUES PONS	2918	VÍCTOR OLIETE BOSQUE
		8089	MARÍA ELIZABETH GONCALVEZ DE ANDRADE
		8090	NIEVES MARTÍNEZ PEREIRA

Carta de disculpa remitida por nuestra colegiada Ana Isabel Cabrera Mansilla a Elena Saro Jené

Muy sres. míos:

Les solicito, que en la próxima publicación en la edición de papel, de la Revista del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, "*Fisioterapia al día*", sea incluido la siguiente información rectificadora del artículo publicado por mi parte en la edición del mes de julio:

Yo, Dña. Ana Isabel Cabrera Mansilla, mayor de edad, fisioterapeuta en Valencia, numero colegiada 3972 (ICOFCV), le pido disculpas a usted, Dña. Elena Saro Jené, y además públicamente, por la equivocación cometida en mi artículo titulado "**Importancia de la Fisioterapia en los instrumentistas de viento**" que fue publicado en el volumen XVII nº2 de la Revista del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, "*Fisioterapia al día*", el pasado mes de julio de 2021, al usar contenido de su blog *Fisioterapia Apolo*, con el título *¿Cuáles son las patologías de los instrumentistas de viento?* sin su autorización ni referencia.

Además, informo públicamente que se ha procedido a la rectificación y modificación del artículo, publicado en la versión online de la revista en agosto de 2021.

La rectificación consiste en la supresión de mi artículo de los párrafos, reseñados a continuación, pertenecientes al post de Dña. Elena Saro Jené:

"En los instrumentistas de viento madera, se suelen afectar más: manos, muñecas y músculos flexores intrínsecos y extrínsecos de los antebrazos. Casi todos padecen síntomas inflamatorios en la mano derecha, sufriendo especialmente el pulgar ya que es éste el que soporta el peso del instrumento."

"Los clarinetistas tienden a lesionarse los músculos de la muñeca derecha y los ligamentos colaterales radiales del pulgar, así como los ligamentos carpo-metacarpianos de la base del pulgar. Los flautistas presentan en mayor medida procesos inflamatorios como la tenosinovitis de Quervain."

"En los instrumentistas de viento metal es más frecuente sufrir lesiones en el orbicular de los labios y articulación temporomandibular. En trompetistas la ruptura de dicho músculo orbicular o "síndrome Satchmo" es debida a la alta presión que requiere tocar la trompeta. Otros instrumentos, como el trombón, también aumentan la vulnerabilidad de padecer dicha patología. El nombre "Satchmo" es el apodo que recibía el célebre trompetista de jazz, Louis Armstrong, quien sufrió ésta lesión."

"En los instrumentos de viento metal, el sonido se produce al adaptar los labios del músico a la boquilla herméticamente y, haciendo vibrar los mismos dentro de ésta, se produce un sonido que luego es amplificado por el propio instrumento. Sin embargo, en los instrumentos de viento madera la vibración es producida por una lengüeta que se encuentra en la boquilla al soplar por ella, por lo que la incidencia es mayor en instrumentistas de viento metal debido a la embocadura, y afecta tanto a los labios como a la capacidad de contracción del orbicular y a los dientes que producen el apoyo."

Atentamente

Fdo. Ana Isabel Cabrera Mansilla

¡SÍGUENOS!



@lcofcv



@colegiofisioterapeutascv



@colegiofisioterapeutascv



@ICOFCV



620360596



@ICOFCV

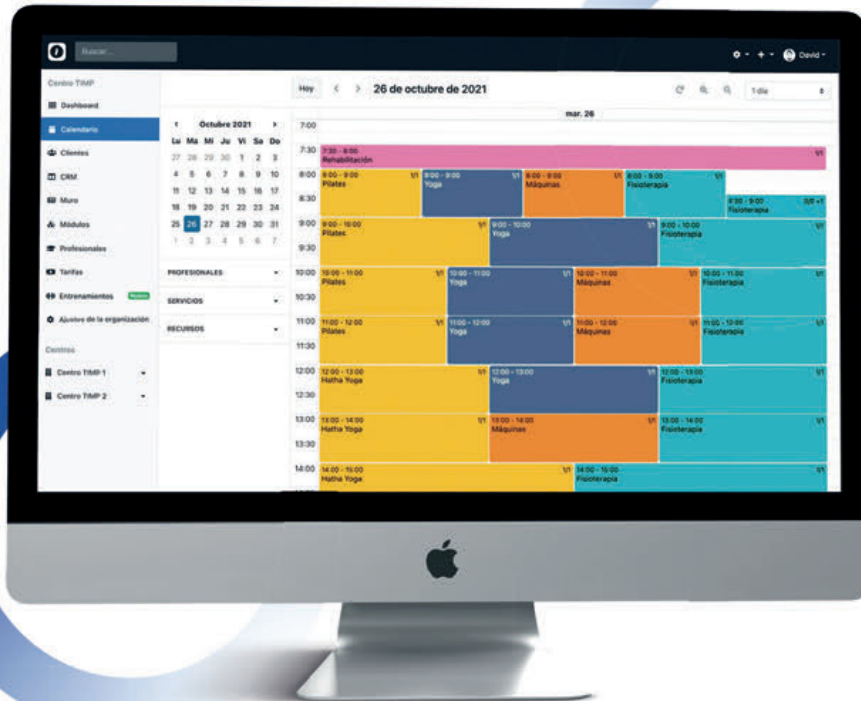
¡Y visita nuestra web!

www.colfisiocv.com

TIMP

Diseñado para aguantar el ritmo de tu negocio.

¡Solicita ya tu prueba gratuita!



App de reservas para gestionar tu centro de fisioterapia:

- 📅 Planificación de actividades
- 📊 Estadísticas en tiempo real
- 🔍 Historiales y perfiles clínicos
- ✍️ Firma digital

www.timp.pro

