



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Junio 2021; vol. XVII (1 Extraordinario)

Versión digital ISSN:1578-7516



VII JORNADAS DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

28 de febrero de 2020



**Estamos
preparados**

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora



NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretaria

Beatriz Muñoz Martín

Comité Editorial

M^a Concepción Badillo Santa Teresa
Mar Burgoa Arenales
Juan Carlos García Vázquez
Jesús Pinto Blázquez
Elvira Santos Pérez
Roberto Domingo Tabernero Rico

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Maquetación:
Beatriz Muñoz Martín

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 nº al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :
revistanuevohospital.hvcn@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

Bajo el lema *Estamos preparados*, se celebraron el día 28 de Febrero de 2020, viernes, en la Escuela de Enfermería de Zamora , las VII Jornadas de Fisioterapia en Atención Especializada de Castilla y León, coordinadas y organizadas por la Unidad de Fisioterapia y la Unidad de Formación del Complejo Hospitalario de Zamora.

Se dieron cita alrededor de 130 profesionales de las distintas Gerencias de Atención Especializada con el objetivo de ofrecer un punto de encuentro para todos los fisioterapeutas que trabajan en los hospitales de nuestra comunidad y fomentar la investigación y el debate sobre cuestiones y necesidades que atañen al desarrollo de la profesión.

El acto fue inaugurado por D. Manuel Mitadiel Martínez. Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Contó con tres ponencias en la mañana donde profesionales de probada excelencia compartieron sus conocimientos relacionados con temas de actualidad de la fisioterapia, seguidas de las presentaciones de las comunicaciones libres. Por la tarde, después del tiempo reservado para la visita y defensa de los pósteres se desarrollaron tres talleres relacionados con las ponencias destacando el carácter práctico de la profesión.

Se otorgó el premio a la mejor comunicación libre al trabajo titulado “Programa de rehabilitación cardiaca en un paciente con dispositivo de asistencia ventricular izquierda”, defendido por Dña. Carmen Oreja Sánchez del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. El premio al mejor póster fue para “Artroplastia con dispositivo tipo Tight-Rope en rizartrosis. A propósito de un caso” defendido al final de las Jornadas por Dña. Judit García Castro del Hospital Universitario de León. El Comité Científico otorgó también dos menciones especiales a los pósteres “Parálisis braquial obstétrica (PBO), a propósito de un caso” de D. Javier Calvo Rodrigo, (Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero) y para “Intimidad y confidencialidad. Buenas prácticas en fisioterapia” de Dña. Nuria Fuertes Mayo (Hospital Universitario de León).

La clausura corrió a cargo del Presidente del Comité Organizador y Supervisor de la Unidad de Fisioterapia del Complejo Asistencial de Zamora, D. Alberto J. Fidalgo Pombero.

Comité Científico

Dirigido a: Fisioterapeutas de las distintas Gerencias de Atención Especializada de Castilla y León.

Comité Organizador:

Presidencia: D. Alberto J. Fidalgo Pombero

Secretaría: D. José Antonio Martín Largo

Vocales:

Dña. M^a Eugenia Pascual Pérez
Dña. Laura Jiménez Martín
Dña. Verónica Romina Toranzo Mercau
Dña. Laura de Toro Calvo
Dña. Encarnación Gato Miguel
Dña. Mercedes Lara Álvarez
D. José Manuel Álvarez Encinas
D. José Ramón Sánchez Sánchez
Dña. Olga M^a Muñoz Mosqueira
D. José Tomás Santiago Pérez
Dña. M^a Paz Blanco Martín
Dña. Dolores Lobato Pérez
Dña. M^a Teresa Martín Membibre
Dña. Yolanda Martín Vaquero
Dña. Ana Belén Báez Marín

Comité Científico:

Presidencia: Dña. Mercedes Lara Álvarez

Secretaría: Dña. Olga M^a Muñoz Mosqueira

Vocales:

Dña. M^a Eugenia Pascual Pérez
Dña. Clara Gallego López
Dña. Laura Alejandra Martín Gutiérrez
Dña. Elisa Mora Pérez
Dña. Susana M^a López Navarro
D. Daniel Domínguez Centeno
Dña. Sara Muñoz Delgado
Dña. Silvia Gil Galán
D. Alberto J. Fidalgo Pombero
D. José Antonio Martín Largo

PROGRAMA CIENTÍFICO

Mañana

08:30-09:00. Recepción y entrega de documentación.

09:00-09:30. Inauguración de la Jornada.

- D. Manuel Mitadiel Martínez. Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- Ilmo. Sr. D. Ángel Blanco García. Subdelegado del Gobierno de CyL.
- D. Cristoph Kaspar Strieder. Concejal de Turismo del Ayuntamiento de Zamora.
- D. José Luis Morencia Fernández. Presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León.
- D. Alberto J. Fidalgo Pombero. Supervisor de la Unidad de Fisioterapia del Complejo Asistencial de Zamora y Presidente del Comité Organizador.
- Dña. Clara San Damián Hernández. Delegada Territorial de la Junta de CyL.
- D. José Luis Prieto Calderón. Vicepresidente Cuarto de la Diputación de Zamora.

09:30-11:10. Ponencias.

- ROL DEL FISIOTERAPEUTA RESPIRATORIO EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.
Dña. Beatriz Sánchez Fernández. Fisioterapeuta y docente. Experta en terapias respiratorias.
- RESULTADOS FISIOTERAPÉUTICOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA.
Dña. M^a Paz Gómez Jiménez. Fisioterapeuta en la Unidad de Rehabilitación Cardiorrespiratoria del Hospital Universitario Puerta del Mar.

11:40-12:30. Ponencia.

- ¿ESTAMOS PREPARADOS... PARA COMUNICAR Y PUBLICAR? TICS PARA FISIOTERAPEUTAS.
Dña. Beatriz Muñoz Martín. Bibliotecaria Documentalista. Complejo Asistencial de Zamora.

12:30-13:30. Mesa redonda. Puesta en común.

- Dña. Beatriz Sánchez Fernández
- Dña. M^a Paz Gómez Jiménez
- Dña. Beatriz Muñoz Martín

13:15-14:00. Sesión de comunicaciones libres.

- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UN PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA. Dña. Carmen Oreja Sánchez.
- FISIOTERAPIA Y EPOC: UN PASEO POR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL. Dña. Rocío López Jul.
- INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN UNA ATELECTASIA POR ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Dña. Laura Blázquez Ortega.
- METAANÁLISIS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA MOVILIZACIÓN NEURAL EN LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. Dña. Natalia Montes Carrasco.

11:10-11:40. Pausa café.

Tarde

15:45-16:30. Visita y defensa de pósteres.

16:30-19:00. Talleres.

- TALLER 1. MANEJO DE ASISTENTE DE TOS.
Dña. Beatriz Sánchez Fernández.
- TALLER 2. APLICACIÓN DE ONDAS DE CHOQUE.
Dña. Laura Muñoz González
- TALLER 3. ELABORACIÓN DE UN PÓSTER CIENTÍFICO.
Dña. Beatriz Muñoz Martín.

19:00-19:15. Entrega de premios. Defensa del póster ganador.

19: 15 Clausura de las Jornadas.

- D. Alberto J. Fidalgo Pombero. Supervisor de la Unidad de Fisioterapia del Complejo Asistencial de Zamora y Presidente del Comité Organizador.
- D. José Luis Morencia Fernández. Presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León.
- Dña. Mercedes Lara Álvarez. Presidente del Comité Científico.

RESÚMENES

Sesión de comunicaciones libres:

1. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UN PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Carmen Oreja Sánchez*, **Fernando del Campo Bujedo****, **M.^a Jesús Velasco Cañedo*****, **M.^a Ángela Centeno Garrido***, **Sandra Oreja Sánchez*****, **David López Domínguez*****.

Fisioterapeuta. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, ** Cardiólogo. Coordinador de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, * Graduado en enfermería. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC), es un síndrome con un conjunto de síntomas y signos, como consecuencia de una anomalía de la estructura o función cardíaca. Cuando la IC está avanzada, con pronóstico fatal a medio plazo y no es candidato a trasplante cardíaco, se han desarrollado dispositivos de asistencia ventricular Izquierda (DAVI) que van a mejorar el pronóstico del paciente. Estos dispositivos generan un flujo continuo unidireccional, mediante sistemas de turbina que obtienen su alimentación de una fuente eléctrica.

Objetivo: Valorar los beneficios de un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) en un paciente con un DAVI como terapia destino

Material y métodos: Paciente con IC de 75 años con clasificación funcional IV, con implante DAVI mediante cirugía, que presenta un postoperatorio complicado. Tabla I. A los 3 meses de cirugía comienza el PRC diario, de 3 meses de duración donde el paciente firma un consentimiento informado. Este estudio es notificado al comité de ética del Complejo Hospitalario de Salamanca. Se realizan valoraciones por el equipo al inicio y el final del PRC.

Resultados: En el análisis de resultados nos encontramos con una gran mejoría subjetiva y objetiva salvo en la ergoespirometría, probablemente porque el DAVI mantiene un gasto cardíaco fijo. Tabla II.

Conclusiones: Destacamos la importancia de los PRC, tanto a funcionalidad y mejoría en calidad de vida y los factores sicosociales, independientemente de la gravedad o severidad de la patología de base.

Tabla I: Datos de evolución de patología

Inicio	Fibrilación Auricular paroxística
1999	Infarto Agudo Miocardio anterior extenso
2004	Implante de DAI
2010	Descargas inapropiadas DAI
2016	Implante de DAI-RSC no tolerancia FEVI severamente deprimida 12% Ventrículo izquierdo dilatado Ventrículo derecho FEVI 39%
2018	Implante DAVI tipo H-VAD Evolución: Epistaxis refractarias derrame pleural, FEVI reducida FA permanente Hipotiroidismo secundario a Amiodarona Insuficiencia Renal Crónica Miopatía del paciente crítico

Tabla II: Resultados

		Inicio	Final
Parámetros Antropométrico	Peso	69.5	69
	Perímetro Abdominal	95	94
	IMC	24.5	24
Ergoespirometría (Naughton)	Tiempo	6.22	7.55
	FC máx./AT	126/106	136/107
	VO ₂ /kgmax/AT	13.3(56%)/10.9(46%)	13.2(56%)/10.2(43%)
	Weber	C	C
Ecocardiografía	VI gravemente dilatado e inmóvil, con VA cerrada		
Test de 6 mt marcha		405	475
Análisis de entrenamiento	Met	2	2,2
	Tiempo (min)	10	30
	Energía	56	153
	Distancia	2073	4656
	Saturación de O ₂	93	97
HAD		A1/D2	A1/D1
SF-36	Total	56,39	75,61
	Parámetros físicos	50,5	60,75
	Parámetros psicológicos	78	73,38

2. FISIOTERAPIA Y EPOC: UN PASEO POR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL

Rocío López Jul*, Rubén Vázquez Fernández, Víctor Fernández Peña*, Ana Martínez Alfonso***, M^a Mar Rodríguez Fresnillo*, Luís Gabaldón Álvarez*.**

*Fisioterapeuta Hospital El Bierzo, **Fisioterapeuta Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ***Fisioterapeuta GASBI. Centro de Salud de Toreno.

Introducción: La EPOC presenta características clínicas entre las que destacan la disminución de capacidad de ejercicio (CE) y calidad de vida (CVRS). Debido a la alta prevalencia de dicha patología en el Bierzo, nos proponemos implantar un programa de reeducación al esfuerzo como parte del abordaje de estos pacientes en nuestro hospital; motivo por el que realizamos esta revisión bibliográfica.

Objetivos: Los objetivos son conocer: la efectividad de los programas de fisioterapia en EPOC, sus beneficios a largo plazo, qué pacientes deben ser derivados, qué test debemos usar durante la valoración y cuáles son los componentes idóneos del programa.

Material y Métodos: La base de datos usada es MEDLINE. Se seleccionan 68 artículos.

Resultados: La fisioterapia ofrece claros beneficios en EPOC respecto al tratamiento convencional a corto plazo, desconociéndose cuáles son las estrategias de mantenimiento más eficaces. Todos los pacientes con EPOC que presenten clínica deben incluirse en un programa fisioterápico. Para valorar la CE deben usarse: test 6 minutos marcha, test de cicloergómetro e ISWT-ESWT. La CVRS se debe valorar con Chronic Respiratory Questionnaire, San George Respiratory Questionnaire y Copd Assesment Test; y la fuerza muscular con 1RM. No están claros los componentes idóneos del programa fisioterápico, sabiéndose que se obtienen mayores beneficios combinando entrenamiento de fuerza y resistencia. La

musculatura respiratoria no debe entrenarse específicamente de forma rutinaria. Las técnicas de drenaje de secreciones ofrecen beneficios durante las exacerbaciones. Los programas deben realizarse 3 veces/semana, 8-12 semanas y aproximadamente 20 sesiones. Las intensidades usadas serán 60-80% de la intensidad máxima. Las modalidades adecuadas de entrenamiento de resistencia son cicloergómetro y marcha (más funcional), continuo o interválico (mejor tolerado).

Conclusiones: La evidencia científica respalda la inclusión de un programa fisioterápico en el protocolo de abordaje del paciente con EPOC, aunque se debe seguir estudiando qué componentes del mismo ofrecen mejores resultados.

3. INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN UNA ATELECTASIA POR ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Laura Blázquez Ortega*, María de las Mercedes González Villahoz*, María Jesús Atienza Díez*, Estela Martínez Puras*, Ana María Martínez Aransay*, Eva Benito Figuerola*

**Fisioterapeuta del Servicio de RHB del HUBU*

Introducción: La atelectasia es el colapso de una región pulmonar periférica, segmentaria o lobar, o el colapso masivo de uno o ambos pulmones, que provoca imposibilidad para realizar el intercambio gaseoso. En muchas ocasiones es complicación postoperatoria. Muy frecuente en niños por aspiración de cuerpo extraño, aunque también posible en adultos.

Objetivos: 1. Intervención fisioterápica: Facilitar la expansión del pulmón colapsado, educación del paciente para cuidado y manejo del dispositivo, implementar en la rutina diaria del paciente, los ejercicios respiratorios y los enseñados para recuperar movilidad. 2. Presentación de resultados obtenidos a nivel respiratorio y motor.

Material y métodos: Presentación del caso tras petición del consentimiento informado al paciente y al comité de ética. Varón, 58 años, ingresado en UCI por shock séptico y síndrome de distress respiratorio por aspiración de cuerpo extraño (pepita de cereza) y posterior complicación con polineuropatía del paciente crítico. Presenta atelectasia lóbulo inferior derecho. Comienza fisioterapia respiratoria y cinesiterapia, y tras extracción del cuerpo extraño, se implementa tratamiento con dispositivo de presión positiva continua (Ez-pap) para expansión pulmonar.

Resultados: Tras pruebas radiológicas, se objetiva un aumento de la densidad aérea del pulmón derecho, evidenciándose una mejoría de la atelectasia y clara mejoría a nivel funcional, permitiéndole al paciente deambular independientemente.

Conclusión: El Ez-pap es un buen coadyuvante de la fisioterapia respiratoria en el tratamiento de las atelectasias junto con el ejercicio terapéutico.

4. METAANÁLISIS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA MOVILIZACIÓN NEURAL EN LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Natalia Montes Carrasco*, Carmen Sánchez Sánchez**

**Fisioterapeuta Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, **Profesora Facultad de Fisioterapia. Universidad de Salamanca.*

Introducción: El síndrome del túnel carpiano (STC) es una neuropatía provocada por la compresión del nervio mediano en el interior del túnel carpiano. Se caracteriza por una braquialgiaparestésica de la muñeca y mano, con pérdida de la destreza manual y la función. La neurodinamia tiene un efecto hipoalgésico generalizado aunque con resultados dispares, lo que dificulta la toma de decisiones respecto a la mejor opción terapéutica.

Objetivos: Determinar la efectividad de la movilización neural sobre la severidad de los síntomas en pacientes con STC. Explorar el efecto de variables sociodemográficas, del diseño y calidad de los estudios sobre la magnitud del efecto.

Material y método: Realizado siguiendo las recomendaciones PRISMA. Criterios de inclusión y exclusión: Se seleccionaron ensayos clínicos que valoraban los efectos de la neurodinamia en el STC mediante el cuestionario SSS (SymptomSeverityScale) del Cuestionario Boston para el Túnel Carpiano (BCTQ), escritos hasta abril de 2017. Se excluyeron pacientes sometidos a cirugía. Búsqueda de la literatura: Búsqueda sistematizada mediante el uso de términos MESH: "Carpaltunnelsyndrome" AND "Physicaltherapymodalities" OR "MusculoskeletalManipulations" OR "Rehabilitation". 1022 documentos ajustados a criterios de inclusión, 38 valorados a texto completo y 10 estudios incluidos en esta revisión. Análisis estadístico: Se realizó la integración de resultados bajo el supuesto del modelo de efectos fijos. Tamaño del efecto (TE) calculado mediante la diferencia de medias estandarizada.

Resultados: $n_{\text{manos}}=543$. TE=-0,20; 95%IC: [-0,39 a -0,01]. $Q_H=31,40$ (p-valor=0,001). $I^2=71,3\%$. Factores de heterogeneidad: calidad de la investigación. No se ha detectado sesgo de publicación

Conclusiones: Las técnicas de neurodinamia tienen un efecto bajo sobre la severidad de los síntomas en el STC. Este tamaño de efecto se ve modificado por la calidad de los estudios.

Pósteres presentados:

1. PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA (PBO), A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Calvo Rodrigo*, **Elena Sanz Antón***, **Susana Manguán Esteban***, **M^a Concepción Gutiérrez Medina***

** Fisioterapeuta Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos)*

Introducción: La PBO es una lesión en los nervios periféricos del plexo braquial, como consecuencia de un traumatismo en el momento del parto, implicando una pérdida de movilidad y/o sensibilidad en el M.S. afecto. A propósito de un caso: Lactante mujer de 50 días al inicio del tratamiento, diagnosticada de PBO izquierda tipo Duchenne-Erb (C5-C6). En la exploración física observamos M.S. hipotónico (0 escala Daniels), ausencia de flexión de hombro-codo activas y en posición de rotación interna. Se realiza seguimiento durante 12 meses.

Objetivos: Conseguir la movilidad activa. Recuperar la sensibilidad del miembro afecto. Favorecer la regeneración nerviosa y prevenir deformidades. Coordinación y reeducación motoras. Evitar complicaciones del raquis. Conseguir autonomía y desarrollo psicomotor normal.

Material y métodos: Cinesiterapia pasiva y activa de M.S. Estimulación psicomotora precoz. Tratamiento postural. Camilla de Bobath. Colchonetas y pelotas. Juguetes y texturas. Consentimiento informado y comunicación al Comité Ético.

Resultados: Tras el primer trimestre de tratamiento: Apoyo sobre ambos antebrazos, ligera caída hacia lado izquierdo. No eleva la mano izquierda hacia ningún objeto ofrecido. Tras el segundo trimestre: Apoyo con la palma de la mano, no saca el pulgar. Patrón del nadador. Las manos juegan mutuamente. Alcanza juguetes. Tras el tercer trimestre: Levanta brazo izquierdo en decúbito prono. Se mantiene sentada sin apoyo. Gateo irregular. Tras el cuarto trimestre: Gateo seguro. Bipedestación apoyada en camilla, marcha lateral. Prensión en tenaza.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento fisioterápico precoz resultan claves en la recuperación de la PBO para un correcto desarrollo psicomotor y evitar las posibles secuelas y complicaciones en la edad adulta.

2. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA EL DRENAJE DE SECRECIONES EN PACIENTE LARINGECTOMIZADO CON TRAQUEOBRONCOMALACIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Jesús Atienza Díez*, Estela Martínez Puras*, Ana María Martínez Aransay*, Eva Benito Figuerola*, Laura Blázquez Ortega*, María de las Mercedes González Villahoz*

**Fisioterapeuta del Servicio de RHB del HUBU.*

Introducción: La traqueobroncomalacia es una enfermedad de vía aérea central caracterizada por debilidad de la pared y disminución dinámica de luz traqueal y grandes bronquios, especialmente durante espiración. Conlleva dificultad para expectorar y manejar secreciones. El dispositivo de presión positiva continua (ez-pap) nos permite drenar secreciones sin colapso de vía aérea en pacientes laringectomizados con traqueobroncomalacia, tras asesoramiento y enseñanza por fisioterapeuta.

Objetivos: 1. Intervención fisioterápica: Facilitar drenaje de secreciones. Educación para el cuidado y manejo del dispositivo. Implementar en la rutina diaria del paciente, ejercicios para mejorar su higiene bronquial. 2. Presentación de resultados obtenidos a nivel respiratorio

Material y métodos: Presentación del caso tras petición del consentimiento informado al paciente y al comité de ética: Varón, 74 años, ingresado en neumología por agudización infecciosa de EPOC grave con bronquiectasia gold D con traqueobroncomalacia. Presenta dificultad para expectorar. Se inicia fisioterapia respiratoria con rutina diaria de ejercicios con ez-pap para movilizar secreciones a través de traqueostoma con cánula no fenestrada y tubo coarrugado, adiestrándole en el uso del dispositivo como técnica de drenaje. Enseñanza de medidas higiénicas (limpieza cánula y dispositivo). Fisioterapeuta supervisa diariamente los ejercicios hasta remisión de la enfermedad y alta hospitalaria.

Resultados: Tras valoración por neumólogo, el paciente refiere mayor movilización de secreciones y disminución de disnea.

Conclusión: El ez-pap es un dispositivo de fácil manejo, para paciente laringectomizado con traqueobroncomalacia, en su rutina diaria de drenaje de secreciones con la intervención y asesoramiento del fisioterapeuta.

3. ARTROPLASTIA CON DISPOSITIVO TIPO TIGHT-ROPE EN RIZARTROSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Judit García Castro*, Ana Belén Álvarez Pellitero*, Henar Maraña Rodríguez*, Nuria Fuertes Mayo*, María Victoria Alba López*, Nuria Díaz Sánchez*

** Fisioterapeuta Hospital Universitario de León*

Introducción: El tratamiento en la rizartrrosis es relativamente moderno y ha evolucionado mucho en los últimos años a medida que se ha ido conociendo la fisiopatología de la enfermedad. Ante el fracaso del tratamiento conservador y la persistencia del dolor en el paciente, se plantea como opción terapéutica la cirugía. Una de las técnicas quirúrgicas más recientes se apoya en la utilización de un dispositivo tipo Tight-Rope adaptado para la zona, que usado como complemento a la trapectomía simple, da estabilidad al primer metacarpiano.

Objetivos: Dar a conocer la técnica quirúrgica de artroplastia con dispositivo tipo Tight-Rope en rizartrrosis. Exponer la evolución, tras tratamiento fisioterápico, de un paciente intervenido con dicha técnica.

Material y método: Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos en las principales bases de datos (PubMed, Medline, Cochrane,...) para recabar información sobre la técnica quirúrgica. Se solicita el Consentimiento Informado al paciente para el estudio de su historia clínica. Se informa al Comité Ético del Hospital Universitario de León de la realización de este trabajo. Se aplica el tratamiento fisioterápico evaluando los resultados tras el mismo.

Resultados: A la finalización del tratamiento de fisioterapia, el paciente manifiesta que el dolor ha disminuido respecto a la situación inicial, observándose además un aumento del rango articular y de la fuerza muscular.

Conclusiones: La cirugía con dispositivo tipo Tight-Rope aporta beneficios frente a otras técnicas utilizadas con anterioridad. No obstante, son necesarios más estudios para evaluar su eficacia a largo plazo.

4. PRUEBAS CLÍNICAS FUNDAMENTALES EN PATOLOGÍA DE MUÑECA Y MANO

María Victoria Alba López*, Nuria Díaz Sánchez*, Judit García Castro*, Ana Belén Álvarez Pellitero*, Henar Maraña Rodríguez*, Nuria Fuertes Mayo*

**Fisioterapeuta Hospital Universitario de León*

Introducción: La mano es una estructura con anatomía y funcionalidad compleja. Además de la gran variedad de movimientos y acciones, es un importante receptor sensorial que nos permite conocer y relacionarnos con el entorno. Sus patologías provocan en los pacientes una gran limitación funcional en las actividades de la vida diaria. Una correcta exploración y valoración por parte del fisioterapeuta será esencial para establecer un buen plan de tratamiento.

Objetivos: Facilitar al fisioterapeuta la valoración de los pacientes afectados por diversas patologías de muñeca y mano.

Material y método: Se realiza una revisión bibliográfica de distintos manuales de pruebas clínicas de patología ósea, articular y muscular.

Resultados: Existe una amplia variedad de pruebas clínicas para el diagnóstico de las patologías de la mano. Una valoración sistemática permite al fisioterapeuta realizar un diagnóstico diferencial de forma rápida y eficaz optimizando el tiempo de evaluación.

Conclusiones: La complejidad de la mano como unidad funcional dificulta en ocasiones el diagnóstico de la misma. Se expone en este póster un esquema que el fisioterapeuta pueda utilizar como herramienta en la exploración y valoración de muñeca y mano

5. INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD. BUENAS PRÁCTICAS EN FISIOTERAPIA

Nuria Fuertes Mayo*, María Victoria Alba López*, Nuria Díaz Sánchez*, Judit García Castro*, Ana Belén Álvarez Pellitero*, Henar Maraña Rodríguez*

**Fisioterapeuta Hospital Universitario de León*

Introducción: El derecho a la intimidad personal y a la confidencialidad son reconocidos por la Constitución como derechos fundamentales, garantizando al individuo un ámbito propio y reservado de su vida frente a la acción y conocimiento de los demás. Estos derechos adquieren una especial relevancia en el ámbito sanitario, donde la información sobre los pacientes es una herramienta fundamental para proporcionar una asistencia de calidad. En la actualidad, su garantía está situada en el núcleo ético fundamental de la atención sanitaria.

Objetivos: Concienciar a los fisioterapeutas de la importancia de garantizar y respetar la intimidad y confidencialidad del paciente. Proponer recomendaciones que susciten cambios para mejorar la protección de estos derechos.

Material y método: Revisión bibliográfica de guías de confidencialidad de diferentes servicios de salud, así como de la legislación vigente al respecto. Observación y reflexión sobre las prácticas habituales de los fisioterapeutas en los servicios de rehabilitación.

Resultados: Existen diversos factores que dificultan la correcta actuación de los fisioterapeutas respecto a la protección de estos derechos: uso inapropiado de tecnologías, hábitos inadecuados, desconocimiento de normativa, incluso la propia estructura física del servicio de rehabilitación.

Conclusiones: El análisis de la situación actual sobre el respeto a la intimidad y la confidencialidad ha evidenciado conductas incorrectas e inadecuadas, que hasta hace muy poco eran consideradas “normales” en los servicios de rehabilitación. Con la presentación de este póster pretendemos que los fisioterapeutas tomen conciencia de la importancia de la defensa de estos derechos, ya que es una tarea permanente y de todos.

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DE LOS FISIOTERAPEUTAS QUE TRABAJAN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL SACYL.

Silvia Gil Galán*, Antonia Gallardo Peral*, Juan Carlos Rodríguez Blanco*, Carla Ramos Álvarez*, Alejandra Calvente Martín*

*Fisioterapeuta Hospital Comarcal Santiago Apóstol de Miranda de Ebro (Burgos)

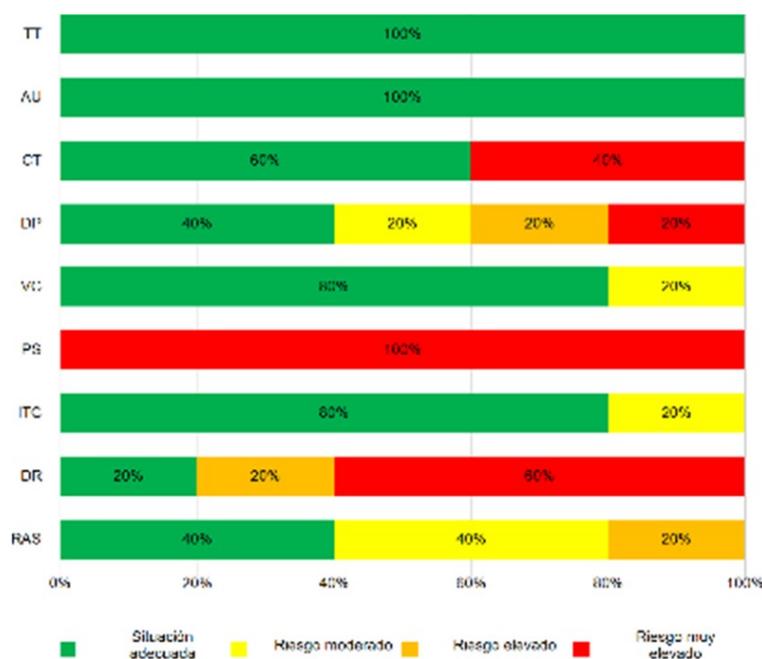
Introducción: Los factores psicosociales han ido cobrando importancia en nuestros días. Existen estudios del estrés que se genera en puestos del sector sanitario. Este estrés supone un riesgo psicosocial y por tanto, un problema de salud pública. Los fisioterapeutas están expuestos a un riesgo psicosocial diario. El contenido del trabajo, las tareas realizadas y la situación laboral pueden afectar en la realización del trabajo y en la salud del trabajador a nivel psíquica, física y social. Palabras clave: Fisioterapeuta, riesgo psicosocial, hospital público.

Objetivo: Proporcionar información del nivel de riesgo psicosocial del colectivo.

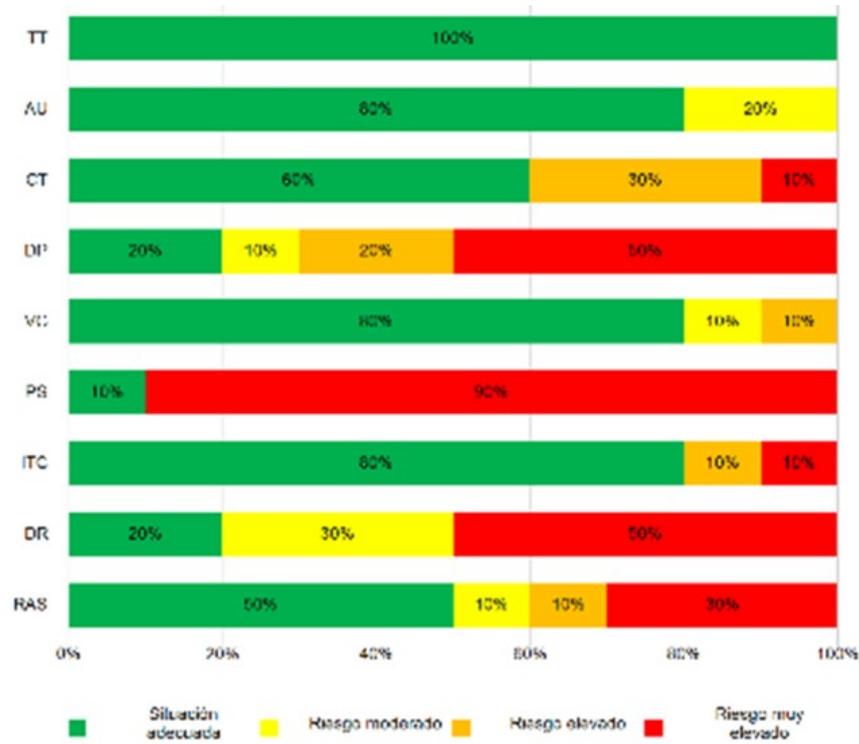
Material y método: Estudio de tipo transversal. La muestra está formada por los fisioterapeutas que trabajan en Atención Especializada del SACYL. Se ha enviado un cuestionario a cada hospital para que se rellene por los fisioterapeutas que quieran participar. El plazo para contestar a las encuestas es de un mes. Los métodos usados para llevar a cabo el estudio han sido el programa Fpsico 4.0., consta de 44 preguntas múltiples (89 ítems) y el programa Excel para gráficas.

Resultados:

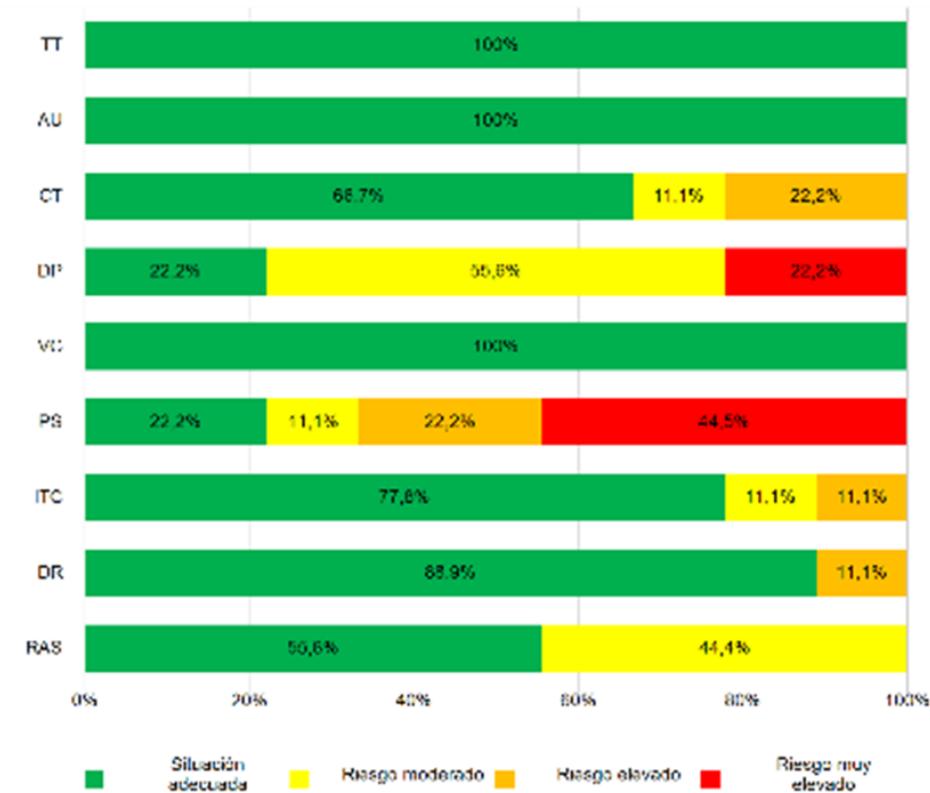
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL



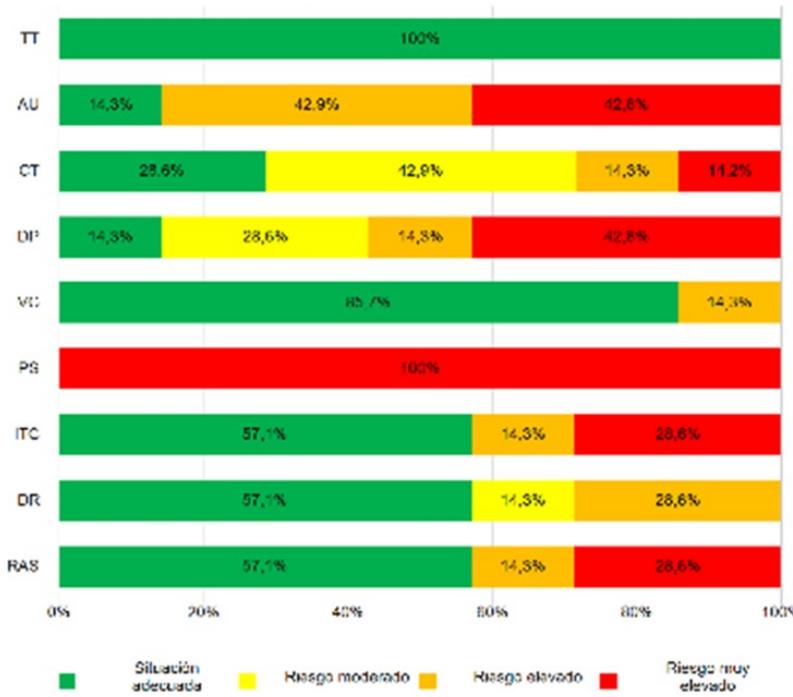
HOSPITAL CLÍNICO VALLADOLID



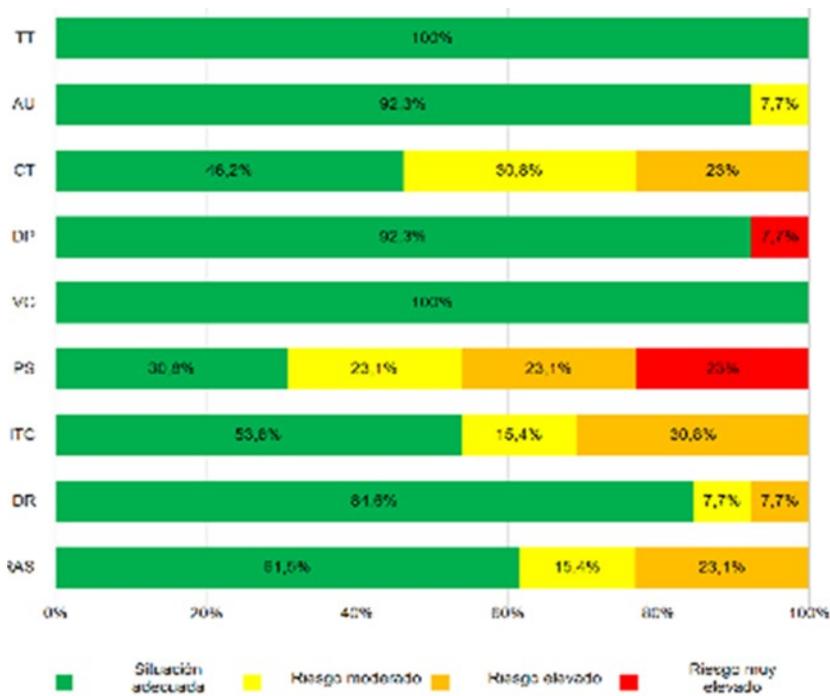
HOSPITAL DE SEGOVIA



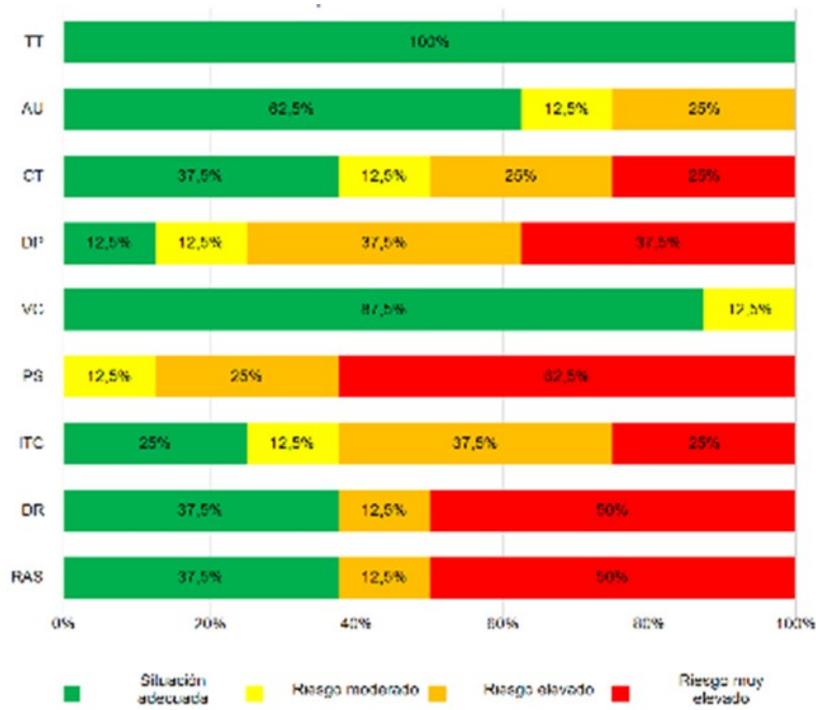
HOSPITAL DE SORIA



HOSPITAL DEL BIERZO



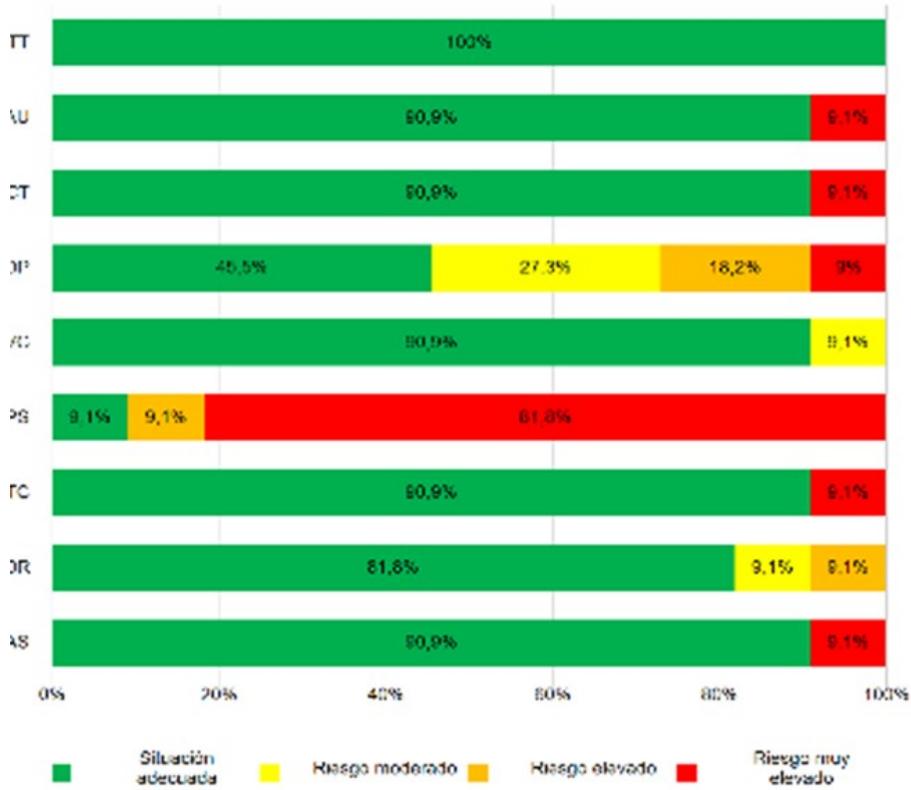
HOSPITAL SANTOS REYES



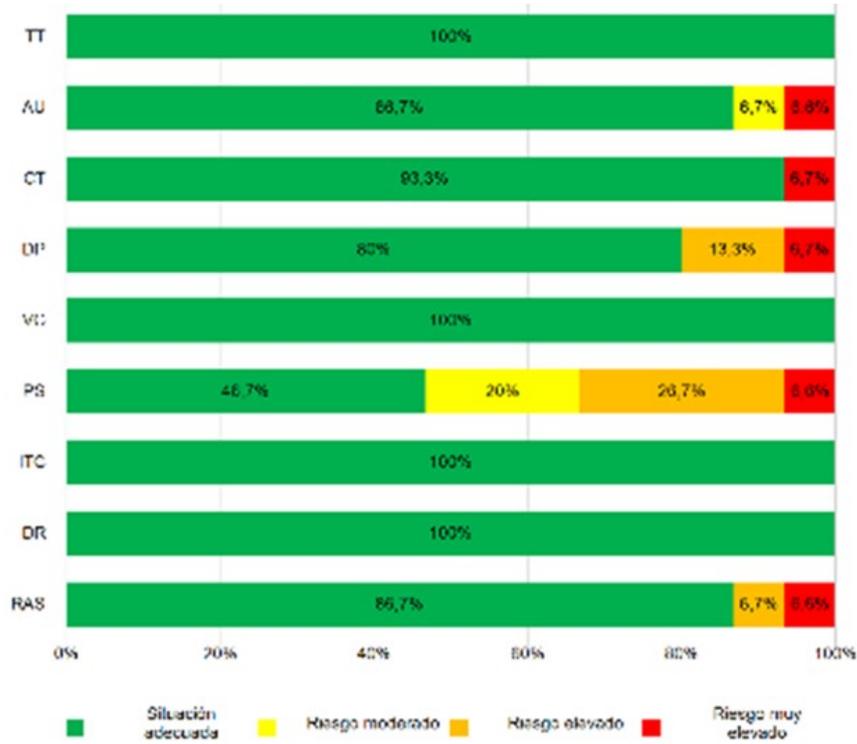
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS



HOSPITAL RIO HORTEGA



Conclusiones: Los fisioterapeutas que trabajan en SACYL tienen una alta exposición al riesgo de tipo psicosocial en factores de desempeño del rol, participación en la organización y la supervisión: Poca participación del colectivo.

Limitaciones al estudio: En cada hospital se trabaja de distinta manera. Los grupos estudiados no son homogéneos. Muestra pequeña.

7. EVOLUCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL CAUPA

María Teresa Fernández González*, Judith Salas Sanjuán*

**Fisioterapeuta Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA)*

Introducción: La evolución de las demandas de la sociedad y la falta de acomodamiento de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria, pueden llegar a saturar estas unidades en los hospitales. En los últimos años se observa en Atención Especializada un aumento significativo de los usuarios atendidos, lo que ha de tenerse en cuenta para planificar la organización y la actividad de la Unidad.

Objetivos: Caracterizar la evolución de las derivaciones al Servicio de Rehabilitación del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Rehabilitación del CAUPA. La población son los pacientes con tarjeta sanitaria atendidos en el Servicio en la última década (2009-2018). La fuente de información es la historia clínica de los pacientes atendidos. Las variables de estudio son: Edad. Sexo. Centro/Servicio/unidad que lo deriva. Tipo derivación normal/preferente. Tipo consulta realizada: Programado y visto/urgente/no acude; global y por años. El análisis contempló medidas descriptivas, correlaciones y asociaciones. Nivel de significación de 0.05 El programa utilizado fue el PSPP.

Resultados: En la década de estudio se realizaron 199.017 consultas de Rehabilitación, de las que el 58,4% fueron sobre mujeres. La edad media de los atendidos fue de 50,8 años (DS:7,1). La tasa de actuaciones por 1.000 usuarios de tarjeta sanitaria subió en los años de estudio, de 100 actuaciones en 2009 a 129,4 en 2018 (p:0,048). Desde hospitales se derivó el 83,4% de los casos (z:0,785;0,783-0,787). Las afecciones más frecuentes fueron las traumatológicas (22,3%). El 54,4% fueron consultas sucesivas (p<0,01), programadas el 87,8% (p<0,01), y el 83,2% con un carácter normal de derivación.

Conclusiones: Las consultas al Servicio de Rehabilitación subieron en el periodo estudiado, aunque la mitad fueron sucesivas, y la atención urgente ocupó sólo el 6%, con lo que es posible planificar la actividad.

8. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN MANO QUEMADA TRAS INJERTO CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juana Bonilla Bueno*, Sara Antona Hernández*, Teresa Navarro Calama*, Aritz Monasterio Arana*, Ana María Roncero Bejarano*, M^a del Mar Fraile Benito*

**Fisioterapeuta Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

Introducción: Paciente de 52 años que padece epilepsia tipo ausencias. Durante un episodio, sufre quemadura de grado III en palma de mano derecha y de grado II en pulpejo de pulgar derecho al apoyar la misma sobre la placa vitrocerámica encendida. IQ para desbridamiento y cobertura con autoinjerto. Tras la inmovilización, a los dos meses y con los injertos prendidos, acude al servicio de rehabilitación con la mano rígida, no dolorosa, adherencias en cicatrices, hipersensibilidad pulpejo dedo pulgar y disminuida en palma mano. El pronóstico funcional depende del grado de retracción cutánea, localización, sensibilidad, factores que afectan la destreza de la mano dominante.

Objetivos: Aumentar la flexibilidad de los tejidos. Despegamiento de adherencias. Recuperar la movilidad articular y funcionalidad. Mejorar la sensibilidad. Potenciar la musculatura.

Material y método: Datos clínicos, fotografías, con el Consentimiento Informado de la paciente. Comunicado al Comité de Ética del C.A.U. S. A. Tto Rehabilitación: Terapia Ocupacional. Cinesiterapia (Masaje: cicatriz, desfibrosante, circulatorio. Presoterapia: guante compresivo elástico. Movilización activa. Trabajo global y analítico. Movilizaciones pasivas suaves. Trabajo con resistencia progresiva. Ejercicios de presión.)

Resultados: Mejoría de la elasticidad, flexibilidad piel. Recuperación de la movilidad articular y funcionalidad, oposición, pinza, puño. Independencia para las AVDs. Mejoría del aspecto estético.

Conclusión: El tratamiento de la reconstrucción de tejidos blandos requiere de un equipo multidisciplinar, los T.O. y Fisioterapeutas van a trabajar para conseguir la recuperación de la movilidad articular y funcionalidad.

Anexo: tablas

Movilidad inicio tratamiento

	Metacarpo-falángica	Interfalángica Proximal	Interfalángica distal	Abducción/oposición
1	0°, 35-40°	-20°, 40-45°		55° / 5-10
2	0°, 60°	-10, 110°	0°, 30°	
3	0°, 65°	-5, 105°	0°, 45°	
4	0°, 40-45°	-10, 105°	0°, 70°	
5	0°, 30°	-20°, 85°	0°, 50°	

Movilidad Final tratamiento

	Metacarpo-falángica	Interfalángica Proximal	Interfalángica distal
1	Fle. 35° Ext. 0°	-20, 45°	
2	0°, 70°	-10, 110°	0°, 50°
3	0°, 80°	-5, 110°	0°, 80°
4	0°, 70°	-10, 110°	0°, 80°
5	0°, 40°	-20°, 90°	0°, 80°

9. LA FIBROLISIS DIACUTÁNEA EN UNA HERIDA POR ARMA DE FUEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Eva Asensio Asensio*, Sonia Ayuso López*, Susana Domingo Esteban*, Lorena Somoza Manso*, María Gonzalo Pérez*, Leticia Cabrerizo Gómez*

**Fisioterapeuta Hospital Santa Bárbara de Soria*

Introducción: La fibrolisis diacutánea es una técnica usada cada vez más por los fisioterapeutas. Permite llegar a zonas de difícil acceso con los dedos del terapeuta, penetrando en las estructuras patológicas. Se realiza con una gran economía energética. Está indicada en numerosas afecciones de etiología mecánica y vascular, obteniendo cambios en los niveles mecánico (aumento de rango articular), circulatorio, reflejo y metabólico³. Además, contribuye a disminuir el dolor en numerosas patologías.

Objetivos: Plasmar el efecto positivo de la fibrolisis en el tratamiento de cicatrices. Mostrar el beneficio de la técnica en el dolor. Valorar balance articular y muscular en las articulaciones tratadas.

Material y métodos: Paciente que acude por herida de arma de fuego en el muslo derecho. Presenta una importante pérdida de masa muscular del vasto externo, acompañada de retracción de todo el tejido circundante. Esto provoca una limitación del movimiento articular de la rodilla. El balance muscular es de 3/5. Gran pérdida de propiocepción. EVA inicial de 8. Además de movilización articular y ganancia muscular, se incide en el despegamiento de la cicatriz con fibrolisis diacutanea, debido a la gran retracción en la zona afectada. Aunque acude de forma diaria a tratamiento, el uso de ganchos es de 2 días/semana. Se emplean técnicas como: rascado, bombeo, tratamiento en estrella, deslizamiento longitudinal con gancho invertido, así como gancheo.

Resultados: Después de 4 meses, el paciente es autónomo y deportista. Se consigue balance articular y muscular completo. Recuperación propioceptiva perfecta. La cicatriz gana elasticidad, es indolora (escala EVA de 8 a 0) y no presenta ningún tipo de retracción.

Conclusiones: El uso de la fibrolisis diacutanea en cicatrices con pérdida de masa muscular es beneficiosa para la propia cicatriz, la recuperación de la sensibilidad y del balance articular y muscular.

10. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN UN PACIENTE CON FRACTURA DE PEÑASCO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipa Paniagua Serrano*, Cecilia Heras Moraleja*, Lucía Seco Rodríguez*, Isabel Muñoz Díez*, Irene Martín Orozco*, Beatriz Díez Rabadán*.

**Fisioterapeuta Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Palabras claves: rehabilitación vestibular, traumatismo craneoencefálico.

Introducción: Las fracturas del hueso temporal constituyen el 20% de las fracturas del cráneo y la mitad de ellas están causadas por accidentes de tráfico. La sintomatología vertiginosa es muy variada: síndrome postcontusional, vértigo, VPPB, fístula perilinfática. Tras el periodo crítico y una vez estabilizado, se comenzará con fisioterapia vestibular precozmente para evitar una compensación inadecuada.

Objetivo: Restablecer el equilibrio y la sensación de inestabilidad. Mejorar los trastornos visuales al mover la cabeza. Elevar el grado de actividad del paciente. Reducir el aislamiento social.

Material y método: Paciente de 66 años, que tras caída espontánea a plomo sufre un TCE con fractura de peñasco derecho, tras 7 días de estancia e en UCI, se traslada a planta. El paciente refiere vértigo, visión doble en algunas posiciones, hipoacusia de oído derecho y desequilibrio. Es enviado a rehabilitación. Se dispone de consentimiento informado del paciente.

Exploración vestibular en fisioterapia

EXPLORACION VESTIBULO-ESPINAL	Test de Romber +	Test de Barany+	Test de Fukuda+
EXPLORACION OPTOCINETICA	Test de Dix-Halpaiké+		
EXPLORACION CERVICO-OCULAR	Test de Conraux +		
ESCALA DE DISCAPACIDAD	DHI total	74 PUNTOS	
ESCALA FUNCIONAL	Es incapaz de realizar la mayor parte de las cosas a las que está acostumbrado.		

Se comienza un programa de ejercicios individualizados, precoz, continuado y de dificultad progresiva: Estimulación optocinética y flujo visual. Estabilización de la mirada. Agudeza visual dinámica. Estimulación de movimientos sacádicos y seguimiento lento. Estabilización de cuerpo en el espacio. Ejercicios de doble tarea.

3 días a la semana en consulta de fisioterapia y dos días ejercicios domiciliarios. Se adapta el tratamiento fisioterápico al déficit funcional del paciente y se progresa en dificultad al evolucionar favorablemente. Muchas de las maniobras realizadas le producirán la sintomatología, no por ello dejándolas de ejecutar.

Resultados:

EXPLORACION VESTIBULAR EN FISIOTERAPIA

EXPLORACION VESTIBULO-ESPINAL	Test de Romber -	Test de Barany-	Test de Fukuda-
EXPLORACION OPTOCINETICA	Test de Dix-Halpaiké-		
EXPLORACION CERVICO-OCULAR	Test de Conraux-		
ESCALA DE DISCAPACIDAD	DHI	0 PUNTOS	
ESCALA FUNCIONAL	Puede realizar cualquier actividad		

Conclusión: La RV ha sido efectiva para conseguir los objetivos marcados. Es necesaria una alianza terapéutica con el paciente, ya que la rehabilitación desencadena la sintomatología que la produce. Los ejercicios deben realizarse en un contexto ecológico adaptado a la vida diaria. Estudios revisados muestran mejoría significativa en inestabilidad.

11. ABORDAJE FISIOTERAPICO DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Laura López Mate*, Beatriz Martín Molpeceres*, Sheila Narros Navas, Bárbara Sedano Martín*.**

**Fisioterapeuta Centro de Especialidades Arturo Eyries, **Fisioterapeuta Hospital Universitario Río Hortega*

Introducción: El trabajo del fisioterapeuta en UCI con pacientes críticos engloba multitud de terapias, con el objetivo de establecer estrategias preventivas para ayudar a una buena progresión del paciente durante su ingreso en UCI, evolución en planta y posterior alta hospitalaria. Esta Atención Temprana ha demostrado ser eficaz para minimizar los efectos adversos del encamamiento, intubación, síndrome de desacondicionamiento físico, etc.

Objetivo: Mostrar diferentes formas de tratamiento fisioterápico en paciente en UCI. Proponer un plan de intervención multidisciplinario que incluya la participación del fisioterapeuta.

Material y método: Se realiza una búsqueda bibliográfica de Septiembre a Noviembre de 2019, con las siguientes palabras clave: Fisioterapia y Unidad De Cuidados Intensivos. Limitando la búsqueda a 5 años, en humanos, y dando prioridad a las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

Resultados: Los artículos encontrados resaltan la efectividad de los cuidados de fisioterapia, y la necesidad de que los pacientes de UCI puedan disponer de los mismos. Incluso existe una Guía para estimar los pacientes que más puedan beneficiarse de esta atención. Aún así no hay consenso en las técnicas a utilizar, y la calidad de los estudios puede mejorarse.

Conclusión: Podemos considerar la fisioterapia como una herramienta muy valiosa para la recuperación de los pacientes de UCI. Así como la necesidad de la incorporación de esta figura en unidades. Las intervenciones que más se recomiendan son: fisioterapia respiratoria, kinesiterapia en todas sus modalidades según estado del paciente, trabajo de transferencias, equilibrios, entre otras. A pesar de esto se necesitan más estudios de alta calidad en cuanto a los protocolos de actuación.

12. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR ALTA MEDIANTE ACTIVACIÓN DE LA MUSCULATURA ACCESORIA.

Sheila Narros Navas*, Beatriz Martín Molpeceres, Laura López Maté**, Bárbara Sedano Martín****

**Fisioterapeuta Hospital Universitario Río Hortega, **Fisioterapeuta Centro de Especialidades Arturo Eyries*

Introducción: La patología respiratoria en pacientes con lesión medular sigue siendo un problema importante y la principal causa de muerte. Si este daño se da en niveles altos de la columna cervical, se acentúa esta disfunción respiratoria donde la musculatura principal inspiratoria y espiratoria se ve afectada todavía en mayor medida. En estos casos, utilizar la musculatura accesoria ayuda a evitar dificultades a nivel pulmonar.

Objetivo: El objetivo principal es identificar las técnicas de fortalecimiento de la musculatura accesoria de la respiración para pacientes con afectación medular alta y demostrar que éstas disminuyen la patología pulmonar en estos pacientes.

Material y métodos: Consiste en una revisión bibliográfica de las principales bases de datos: Pubmed, PEDro y The Cochrane Library.

Resultados: Los pacientes con lesión medular alta tienen afectada la musculatura principal de la respiración como diafragma, intercostales y abdominales. Debido a esto se reclutan mayor número de fibras que en condiciones normales en los músculos accesorios para suplir esas funciones. Si estos músculos secundarios de la respiración se trabajan existe un menor número de problemas a nivel pulmonar.

Conclusiones: Los pacientes con lesiones a nivel cervical utilizan concretamente el trapecio superior para realizar la inspiración y las fibras claviculares del pectoral mayor para la espiración forzada (contradictoriamente a la normalidad que sirve de ayuda a la inspiración). Estos músculos accesorios se

vuelven principales para ellos y deben ser activados de forma suave con ejercicios isométricos, IMT (threshold) o mediante corrientes de estimulación (ENMS). Después se realizan estiramientos para evitar dolor en la zona.

13. EFICACIA DE LA TERAPIA DE PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA (PEP) EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA PARA LA ELIMINACION DE SECRECIONES

Laura López Maté*, Sheila Narros Navas, Bárbara Sedano Martín*, Beatriz Martín Molpeceres***

**Fisioterapeuta Centro de Especialidades Arturo Eyries, **Fisioterapeuta Hospital Universitario Río Hortega*

Introducción: La Fibrosis Quística es una enfermedad autosómica recesiva frecuente en Europa. Provoca una alteración del gen que codifica la proteína CFTR causando un bloqueo en la secreción de cloro, sodio y agua en el líquido periepitelial produciendo dificultad para el aclaramiento ciliar. Está demostrado que cambios en concentraciones proteicas determinan mayor viscoelasticidad del moco y por tanto más dificultad para el batido ciliar. La fisioterapia es un elemento importante para la atención de pacientes que padecen fibrosis quística. Hay varios mecanismos para movilizar las secreciones siendo el flujo espiratorio uno de ellos. Los procedimientos de limpieza de las vías respiratorias ayudan a disminuir infecciones en el pulmón y mejorar la función de éste. El uso de la técnica PEP (presión espiratoria positiva) tiene mayor capacidad para la depuración del moco en pacientes con fibrosis quística que otras, aunque debe hacerse un tratamiento individualizado para cada enfermo.

Objetivo: Demostrar que la eficacia de las técnicas PEP en pacientes con fibrosis quística es mayor a otras.

Métodos: Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medine, Cochrane y PEDro. Manual clínico de Neumología Pediátrica. MeSH: physical therapy, cystic fibrosis, positive expiratory pressure. Criterios inclusión: Revisiones sistemáticas, protocolos y ensayos clínicos sobre fibrosis quística.

Resultados: Diferentes investigaciones demuestran que la fisioterapia tiene un papel significativo en la fibrosis quística. Todo tipo de práctica de esta disciplina ayuda a drenar el moco y mejora la función pulmonar. Varios estudios certifican que el método PEP es más efectivo que otros de la misma especialidad en esta patología.

Conclusión: La técnica PEP (triflow, flutter, pompas de jabón) es más efectiva en el tratamiento de fisioterapia en fibrosis quística que otros tratamientos.

14. FISIOTERAPIA EN LIPEDEMA

Encarnación Gato Miguel*

**Fisioterapeuta GASZA (Gerencia Asistencia Sanitaria de Zamora)*

Introducción: El lipedema es una enfermedad del tejido adiposo, crónica y progresiva, caracterizada por un acumulo de grasa patológica desproporcionada y simétrica principalmente en los miembros inferiores. Suele comenzar de forma gradual en la pubertad, y se desarrolla o empeora tras los cambios hormonales. Su diagnóstico es clínico y fundamentalmente por exclusión.

Caso: Mujer, 41 años con lipedema tipo III grado III, diagnosticada a los 25 años del comienzo de los primeros síntomas, tratada con tratamiento conservador (fisioterapia) pre y post cirugía (liposucción tumescente).

Objetivos: General: Mejorar la calidad de vida de la paciente. Aumentar el conocimiento de esta patología al resto de profesionales. Específicos: Aliviar dolor. Disminuir sensación de pesadez. Mejorar tumefacción. Aumentar elasticidad de la piel.

Material y métodos: Material: Presoterapia, vendas tipo comprilan, comprifoam, cinta métrica, escala visual analógica (EVA). Método: 25 sesiones de drenaje linfático manual, método Leduc. Vendaje

compresivo, presoterapia, 30' a 35-40 mmHg Valoración inicial pre y post tratamiento del volumen del edema, aspecto de la piel, sensación dolorosa.

Se solicita consentimiento informado y se informa al Comité de Ética de este hospital.

Resultados: Reducción del dolor en la escala eva de 3 puntos. Mejoría de elasticidad y aspecto de la piel. La cirugía reduce el volumen hasta 4 cm en piernas.

Conclusiones: El tratamiento conservador disminuye los síntomas de la patología, si bien la reducción del volumen solo se ha producido tras la cirugía. Es importante que los fisioterapeutas conozcamos esta patología para poder tratarla de la forma adecuada, ya que es una patología muy desconocida.

15. DEPENDENCIA VISUAL EN EL CONTROL POSTURAL DEL PACIENTE ICTUS CON Y SIN HEMINEGLIGENCIA

Carmen Oreja Sánchez*, Natalia Montes Carrasco*, María Jesús Trancón Bergas*, Virginia Vicente Blanco*, Sandra Oreja Sánchez, David López Domínguez****

**Fisioterapeuta Servicio de Rehabilitación y Hospitalización CAUSA, ** Graduado en Enfermería*

Introducción: La pérdida del control sensorial afecta al control postural y equilibrio de los pacientes con Ictus. Las aferencias visuales participan en la programación de actividades posturales, la cinética de la columna y movilidad de miembros inferiores. Los Ictus tienden a conceder más importancia a la información visual para el control postural que las personas mayores sanas, una estrategia anormal para compensar la pérdida o distorsión de otros factores sensoriales. Los pacientes que además presentan síndrome de heminegligencia tienen dificultad para atender al hemicampo visual contrario al lado de la lesión.

Objetivos: Valorar el control postural y equilibrio en pacientes Ictus con o sin heminegligencia. Establecer relaciones entre los dos grupos y las variables utilizadas.

Material y Método: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y trasversal. Muestra:13 pacientes con ictus isquémico. *Instrumentos de Evaluación:* Escala de Barthel. Escala de Berg. Test draw-man-test. Análisis del equilibrio en plataforma de fuerza. Siguiendo las normas de la Asociación Francesa de Posturología. El establograma registra las coordenadas del centro de presión, buscando el Romberg como signo de ayuda para la pérdida de control postural, con ojos abiertos y cerrados.

Resultados: En el análisis estadístico vemos, que *no existe significación clínica entre el Cociente de Romberg y los dos grupos de trabajo*, siendo su valor $p=0.34$, confirmándose la hipótesis nula. El resto de las variables, no obtenemos significación clínica excepto la correlación positiva existente entre el Índice de Barthel y la Escala de Berg siendo mayor en el grupo de heminegligentes ($p: 0,004$).

Conclusiones: No se ha podido determinar la relación de la aportación visual en los pacientes heminegligentes, ni las distintas variables entre los dos grupos de análisis, en el control postural y equilibrio, quizás debido al pequeño tamaño muestral, sería conveniente realizar más estudios con un mayor número de pacientes.

16. LA TERAPIA DESCONGESTIVA COMPLEJA EN EL LINFEDEMA POSTMASTECTOMIA

M.^a Jesús Trancón Bergas*, M.^a Virginia Vicente Blanco*, M.^a del Carmen Oreja Sánchez*, Natalia Montes Carrasco*, Ana Belén Calvo Vera, Javier Nieto Blasco****

Fisioterapeuta Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CAUSA. **Terapeuta Ocupacional Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CAUSA, *Médico Rehabilitador Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CAUSA*

Introducción: La prevalencia del linfedema de MMSS tras la cirugía de cáncer de mama es del 16,6% al 20% en disección ganglionar, aumenta si sea asocia radioterapia. Esta patología produce una alteración

tanto física como psicológica. La terapia descongestiva compleja (TDC) es el programa multimodal de mayor efectividad en el tratamiento fisioterápico del linfedema conlleva una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud tanto a nivel físico, funcional, psicológico como emocional. El éxito en controlar o reducir el linfedema implica la colaboración y participación de la paciente en el programa de prevención y tratamiento.

Objetivos: Presentar el protocolo de tratamiento con la TDC en una paciente con linfedema postmastectomía y valorar su efectividad en este caso.

Material y métodos: Mujer de 52 años con mastectomía izquierda en septiembre 2015. Aparece linfedema a los 15 días. Comienza el tratamiento en octubre. Tratamiento: Se aplica la TDC con 20 sesiones a días alternos: 30 minutos drenaje linfático, 30 minutos presoterapia, vendaje multicapa, ejercicios miolinfocinéticos y recuerdo de medidas higiénicas. Valoración: Mediante circimetría desde flexura de codo y análisis del edema localización, aspecto, Fóvea, Signo de Stemmer-Kaposi, dolor, alteración neurológica, limitación funcional y AVD.

Se solicita a la paciente consentimiento informado y se pone en conocimiento del comité de ética del CAUSA.

Resultados: Mejoría clínica tanto subjetiva como objetiva medida mediante circimetría con disminución del volumen de 2,5 cm, también disminuye la pesadez y aumenta la movilidad y la realización de las AVD.

Conclusiones: El tratamiento de TDC ha demostrado efectividad en varios de los parámetros analizados, así como demuestra la bibliografía presentada, se sugiere realizar ensayos clínicos con mayor número de pacientes para objetivar la evidencia científica con la aplicación de esta terapia.

17. TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMOPLANTAR MEDIANTE IONTOFORESIS

Leticia De La Iglesia Fernández*, M^a Elena Matilla Álvarez*, Vanesa Nieto Serrano*, Esther García Martínez*, Alicia Antolín Fernández*, Beatriz Vázquez Moral*

**Fisioterapeutas HURH Valladolid*

Introducción: La hiperhidrosis se define como la sudoración excesiva que el organismo produce en respuesta al calor o a estímulos emocionales que superen los estímulos fisiológicos. Afecta casi al 3% de la población suponiendo un impacto significativo en la calidad de vida de aquellos que la padecen. Existen numerosos tratamientos: utilización de antitranspirantes, anticolinérgicos, toxina botulínica, *iontoforesis*, así como tratamientos quirúrgicos, como la simpatectomía torácica endoscópica bilateral, la cuál se ha consolidado en estos últimos años.

Objetivos: Describir la técnica iontoforética para abordar la hiperhidrosis palmoplantar.

Material y método: *Material:* 4 cubetas, agua del grifo, aparato de electroterapia con corriente galvánica, 4 electrodos de caucho y 4 esponjillas protectoras. *Método:* En paciente introducirá sus palmas y plantas en las cubetas con agua, en las cuáles se encuentran los electrodos. Se puede asumir que una corriente de hasta 20-25mA es bien tolerada con seguridad.

Resultados: Según la "Comisión de Hiperhidrosis de Canadá", se debe lograr un estado de euhidrosis tras 6-15 sesiones. La duración usual del efecto del tratamiento varía entre 2-14 meses tras la última sesión. En otros estudios, se demostró que los resultados obtenidos a corto plazo fueron excelentes (80-95%).

Conclusiones: Aunque la iontoforesis no se trata de una terapia definitiva, su eficacia esta demostrada en distintos artículos. Ofrece buenos resultados sin las complicaciones de otras formas de terapia farmacológica o quirúrgica.

18. TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA LA ESCÁPULA ALADA EN LESIONES DEL NERVI TORÁCICO LARGO

Alicia Antolín Fernández*, Leticia De La Iglesia Fernández*, Esther García Martínez*, María Elena Matilla Álvarez*, Vanesa Nieto Serrano*, Beatriz Vázquez Moral*

**Fisioterapeuta Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)*

Introducción: La escápula alada se produce por multitud de etiologías, su causa más frecuente es la parálisis del serrato anterior causada por una disfunción del nervio torácico largo. Este nervio tiene un trayecto tormentoso que explica su susceptibilidad a las lesiones, la tracción excesiva parece el mecanismo lesional más común. Es un nervio motor y sólo inerva al músculo serrano anterior. Este músculo es el principal estabilizador de la escápula y su disfunción provoca discinesias escapulares y escápula alada.

Objetivos: Dar a conocer el importante papel que desempeña la fisioterapia en el tratamiento de esta patología, para lograr recuperar la amplitud articular del hombro, la resistencia muscular periescapular y estabilizar la escápula.

Material y método: Material: Camilla, pelotas, theraband...Método: Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la escápula alada secundaria a la parálisis del nervio torácico largo, y las principales técnicas de fisioterapia indicadas para aliviar la discinesia escapular. Entre ellas encontramos técnicas de control escapular propioceptivo, electroterapia para estimular la reinervación, programa activo de fisioterapia centrado en el fortalecimiento del serrato anterior, trapecio y romboides.

Resultados: Con tratamiento de fisioterapia la deformidad escapular suele mejorar entre los 3-9 meses, en algunos casos hasta los dos años. Es un proceso patológico que se alarga en el tiempo, la fisioterapia no acelera la recuperación sino que mejora la sintomatología y evita secuelas.

Conclusiones: La bibliografía no es concluyente sobre el tratamiento ideal para las lesiones del nervio torácico largo, son necesarios estudios mas amplios pero es complicado dada la rareza de la patología y el diagnostico tardío. El tratamiento conservador se recomienda como terapia inicial. La rehabilitación suele responder en 6-24 meses pero cuando no mejora en ese tiempo, es necesaria la cirugía. Independientemente de la terapia, un diagnostico adecuado al inicio es esencial para poder comenzar con la recuperación.

19. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DEL MÚSCULO SUBCLAVIO EN LA PATOLOGÍA DE HOMBRO

Esther García Martínez*, Alicia Antolín Fernández*, Beatriz Vázquez Moral*, Leticia de la Iglesia Fernández, M^a Elena Matilla Álvarez, Vanesa Nieto Serrano*

**Fisioterapeuta Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)*

Introducción: El hombro es un complejo articular constituido por cinco articulaciones que funcionan al mismo tiempo y en proporciones variables según el transcurso de los movimientos. Una de estas articulaciones es la esternocostoclavicular que participa fundamentalmente en los grados centrales del recorrido articular y es estabilizada por el músculo subclavio, el cual puede verse afectado en la patología de hombro, En la práctica clínica se observa que tratando este pequeño músculo, los pacientes refieren mejoría y es lo que nos conduce a buscar un respaldo científico.

Objetivos: Describir la técnica de tratamiento del músculo subclavio que se realiza en la práctica diaria y buscar bibliografía que evidencie el tratamiento de dicho músculo en las patologías de hombro.

Material y métodos: *Material:* Camilla. *Métodos:* Técnica miofascial del músculo subclavio. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tratamiento fisioterápico del músculo subclavio en distintas fuentes de datos como son Pubmed, PEDro, Cochrane y Google Académico.

Resultados: Únicamente se encuentra un estudio en el que tratan el músculo subclavio con puntos gatillo y los resultados en dicho estudio fueron favorables, la movilidad del hombro mejoró en todos los parámetros.

Conclusiones: En nuestra experiencia clínica el tratamiento del subclavio da buenos resultados (mejora del dolor y de la movilidad) pero no hay un gran respaldo bibliográfico que lo avale. Por ello, sería interesante que se hiciesen más estudios sobre el tema en un futuro próximo.