

Comunicaciones Orales



**Primera mesa.
Lesiones osteoarticulares
y su tratamiento fisioterápico**

***Articulaciones dolorosas.
Método de preparación para la movilización.***

**Arranz Álvarez, Ana Belén.
Ejarque Ferrer, Eduardo.
Fábregas Martínez, Inmaculada.
Fábregas Martínez, Cristina.**

Objetivos.

- Constatar la necesidad de actuar con prioridad sobre el dolor articular y periarticular en el deportista lesionado, con el objetivo de evitar que se limite el resto de nuestra actuación fisioterápica.
- Plantear como primer paso en el tratamiento el conseguir una disminución del umbral de sensibilidad de la región periarticular.
- Comprobar la eficacia de las técnicas electroterápicas de media frecuencia, corrientes Megaa, en la disminución o desaparición de la sensibilidad exteroceptiva y más específicamente de la sensibilidad dolorosa.

Metodología.

Se escogió una muestra de forma aleatoria de personas que presentaban dolor cervical, dorsal o lumbar.

Se realizaron los test de sensibilidad fina de Weber o test de las agujas y el test de la sensibilidad gruesa o protopática mediante cepillado, en la región dolorosa.

Se elaboró una ficha previa al tratamiento, en la que se recogieron los datos obte-

nidos de los test y en la que se incluyó, además, una encuesta de valoración subjetiva de la sensación dolorosa.

Se aplicaron dos minutos de tratamiento electroterápico, seleccionando corrientes Megaa con una frecuencia de 5.000 Hz. Transcurridos estos dos minutos se volvieron a realizar los test y la encuesta mencionada, recogiendo de nuevo los datos obtenidos.

Se prosiguió con igual tratamiento durante otros ocho minutos, al final de los cuales se pasaron de nuevo los test y la encuesta.

Se realizó el análisis comparativo de los datos obtenidos en la primera valoración con respecto a las otras dos.

Resultados.

En el 100% de los casos se observó una disminución del umbral de sensibilidad exteroceptiva, tanto en los datos recogidos por el test de Weber, como en los del test de sensibilidad gruesa, transcurridos los dos primeros minutos de aplicación de las corrientes **Megaa**. En los datos recogidos una vez finalizada la totalidad de la aplicación esta disminución del umbral fue más notable.

Los sujetos refieren una disminución subjetiva del dolor a la movilización de la región dolorosa tras la aplicación de la sesión de electroterapia.

Conclusiones.

El incremento del dolor ante la movilización de una articulación lesionada en el deportista dificulta, llegando incluso a imposibilitar, el resto de nuestra actuación fisioterápica encaminada a la recuperación de la lesión.

Se hace necesario preparar la región correspondiente a la articulación lesionada mediante técnicas dirigidas a disminuir el umbral de sensibilidad exteroceptiva.

La utilización de electroterapia analgésica mediante corrientes **Megaa**, de 5000 Hz de frecuencia, en la región dolorosa produce una disminución de la sensibilidad exteroceptiva.

La utilización de esta técnica como primer paso de nuestra actuación fisioterápica facilita la posterior movilización de la articulación dolorosa y la aplicación del resto de métodos fisioterápicos.

Palabras clave.

Movilización articular. Electroterapia analgésica. Fisioterapia. Sensibilidad exteroceptiva.

Tratamiento fisioterápico en los Shiw Plints.

**Pineda Galán, Consolación.
Labajos Manzanares, M. Teresa.
Díaz Mohedo, Esther.
Montoro Fernández, Eduardo.
Guillén Romero, Francisco.**

Introducción.

Los Shiw Plints o Síndrome Compartimental Tibial, llamados a veces tendinitis, se refiere a un dolor en la parte anterior de la pierna, que empeora durante el ejercicio. El término Shiw Plints, comprende el dolor en los músculos o tendones de la parte anterior de la pierna, como tibial anterior, insertados en el periostio o el propio hueso. Son muy comunes en deportes de salto, como los ejercicios aeróbicos de alto impacto, ballet, aeróbic (sobre todo), saltadores, corredores (de superficies duras), ya que su origen se debe a que se realizan estos ejercicios con una técnica inadecuada (grandes zancadas, apoyo excesivo en talón, pie en pronación durante la carrera), a mayor intensidad y velocidad del nivel de entrenamiento de estos músculos de la parte anterior de la pierna, a movimientos repetitivos y continuos y a un calzado inadecuado a la morfología del pie del deportista.

Objetivos.

Estudio de 10 casos de Shiw Plints en deportistas que practican deportes de salto y alto impacto como es el aeróbic profesional y de alta competición.

- Analizar el tratamiento fisioterápico propio para estas lesiones.
- Destacar la importancia de un calzado adecuado para la práctica deportiva, como prevención de lesiones.
- Resaltar la figura del fisioterapeuta en el deporte, puesto que una buena exploración fisioterápica biomecánica del deportista, facilitará una buena técnica deportiva adaptada a su fisiología.

Materiales y metodos.

- Estudio de 10 deportistas monitores de aeróbic de alto impacto, incluyendo competidores, que ya habían padecido con anterioridad de la lesión Shiw Plint, y vuelven a tener recidivas, a pesar del tratamiento médico.
- Exploración de la lesión, en la zona anterior de la pierna ante el dolor referido por los deportistas.
- Tratamiento: reposo más crioterapia con Cold Packs, con fin analgésico y antiinflamatorio, y como técnica preparatoria a la Masoterapia tipo Cyriax con el fin de restablecer el tejido dañado.

Conclusiones.

- El tratamiento fisioterápico de los Shiw Plints o Síndrome Compartamental Tibial ha de ir asociado al reposo, ya que sino aparece la recidiva.
- El fisioterapeuta ha de estar en contacto continuo con el deportista y el entrenador deportivo.
- Un calzado adecuado al pie del deportista y a su actividad deportiva, previene futuras lesiones.
- Una incorrecta técnica, una superficie dura, una inadaptación muscular al aumento de intensidad y un mayor impacto dan lugar a este tipo de lesiones.
- La crioterapia como técnica preparatoria a la masoterapia, es muy eficaz, ya que esta lesión delimita una zona hiperálgica, con lo que la palpación es muy dolorosa y si aplicamos hielo antes, el deportista tolera mucho mejor el masaje tipo Cyriax.
- El masaje tipo Cyriax favorece la desaparición de posibles contracturas y adherencias a la zona tibial, facilitando la acción de restablecimiento sobre los tendones y músculos afectados en este tipo de lesión.
- La mejoría accede al Tratamiento Fisioterápico en las recidivas, en el caso de deportistas que asocian este tratamiento al reposo, aunque cuatro de estos profesionales de la actividad deportiva, trabajan en esta actividad, luego el reposo no es respetado y la mejoría no es tan significativa como en los otros seis deportistas.

El fisioterapeuta deportivo en el equipo de deportistas con parálisis cerebral

**Teijeiro López, Javier.
Meilán Sánchez, Raquel.
Darriba Folgueira, Rocío.
Meilán Devesa, José Ramón.
Raposo Vidal, Isabel.**

La presencia del fisioterapeuta en el campo deportivo es en estos momentos algo incuestionable. Nuestra profesión ha sabido ganarse el respeto y el aprecio de deportistas, técnicos, dirigentes y aficionados.

Pero no todos son deportes de masas, sin que por ello dejen de ser importantes desde la perspectiva de nuestra profesión.

Justamente, es en aquellos deportes que practican personas con hándicaps en donde más tenemos que decir y más imprescindibles somos.

Queremos mostrar en esta comunicación por una parte, una reflexión crítica sobre las clasificaciones que de los deportistas parálíticos cerebrales se hace en función de su afectación. Y por otra, apoyándonos en los argumentos propios de esa crítica, queremos objetivar nuestra labor terapéutica.

En nuestro país, pensamos que desde el evento Paralímpico del 92 en Barcelona, también aquellos que trabajan o trabajamos en equipos de Parálisis Cerebral formamos parte de ese grupo de profesionales a los que compañeros y sociedad reconocen como fisioterapeutas deportivos.

Palabras clave.

Deportista Parálítico Cerebral, Clasificación deportivo terapéutica, Educación terapéutica.

Segunda mesa

Lesiones musculares, ligamentosas, capsulares y su tratamiento fisioterápico

El tratamiento del dolor muscular en base a sus mecanismos neurofisiológicos

**Arranz Álvarez, Ana Belén.
Ejarque Ferrer, Eduardo.
Dominguez Oliván, M. Pilar.
Franco Sierra, M. Angeles.**

Objetivos.

- Fundamentar la importancia que tiene para la prevención y el tratamiento del dolor muscular el conocimiento de sus bases neurofisiológicas.
- Conocer los mecanismos de actuación desencadenantes del dolor muscular en las diferentes situaciones que se dan en la práctica deportiva.
- Indicar las pautas de actuación ante las diferentes alteraciones musculares que cursan con dolor.

Metodología.

Se exponen las principales causas de dolor de localización muscular en el sujeto que practica deporte.

Se realiza una aproximación a los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en la transmisión del impulso doloroso, modificación del medio, vías de conducción y respuesta central.

Se analiza el método terapéutico en función del proceso fisiológico sobre el que se actúa, para obtener los resultados adecuados.

Resultados.

En el sujeto deportista, el dolor muscular se suele desencadenar como consecuencia de una agresión externa o modificación interna, aunque encontramos que en muchas ocasiones no existe daño físico aparente. En estos casos, el dolor es debido a una alteración en el umbral sensitivo, o bien puede tratarse de una percepción sensitiva consciente, una emoción. Las técnicas de tratamiento fisioterápico que aplicamos para paliar el dolor actúan en la mayoría de los casos, en los tres niveles posibles: periférico, medular y central.

Establecemos cómo determinadas técnicas actúan más directamente en alguno de estos niveles, y son las más apropiadas para obtener los resultados más adecuados.

Conclusiones.

El dolor es un síntoma difícil de tratar, ya que existen una serie de características neurofisiológicas que dificultan su tratamiento.

La primera etapa del tratamiento debe realizarse en la zona dolorosa con objeto de romper el círculo que se establece.

En el tratamiento intervienen una serie de técnicas complementarias cuya indicación debe hacerse en función del proceso fisiológico sobre el que actúa.

En el tratamiento del deportista con dolor es imprescindible el trabajo dentro de un equipo multidisciplinar.

Un buen conocimiento de los mecanismos del dolor puede facilitar en gran medida la labor del fisioterapeuta del deporte, que se enfrenta cada día a tan temido proceso.

Palabras clave.

Dolor, neurofisiología, fisioterapia del deporte.

Papel del fisioterapeuta en la incontinencia urinaria de esfuerzo en deportistas femeninas y la importancia del tratamiento fisioterápico

**Vázquez Vilabrilte, Sonia.
Meilán Devesa, J.Ramón.
Meilán Sánchez, Raquel.
Teijeiro López, Javier.
Darriba Folgueira, Rocío.**

Objetivo.

Dar a conocer la importancia de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en las mujeres dentro del ámbito deportivo.

Metodología.

Recopilación bibliográfica y síntesis de las diferentes publicaciones existentes hasta el momento.

Tradicionalmente la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ha sido un tema tabú en la sociedad, lo que provoca que no haya recibido la atención e importancia que requiere. Esto dificulta que dispongamos de datos suficientes y de estadísticas necesarias para abordar el tema con máxima exactitud y profundidad.

Podemos asegurar que en España entre un millón y millón y medio de mujeres sufren Incontinencia Urinaria de Esfuerzo de grado diverso, y dentro del deporte se eleva al cuarenta por ciento el número de mujeres que la padecen.

La Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en mujeres deportistas puede ser multifactorial, aunque la causa principal está siempre en la uretra, que es incapaz de mantener sus mecanismos de cierre, es incompetente.

Múltiples causas ocasionan pérdida de elasticidad y tensión en la musculatura del suelo pélvico, produciéndose una caída de los órganos que soporta, esta caída altera

sus estructuras y mecanismos que siguen siendo efectivos para mantener la continencia en reposo, pero no lo son cuando hay que realizar un esfuerzo.

El tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en caso de mujeres deportistas no difiere, en ningún aspecto, del tratamiento que pueda recibir otra paciente. Con él se pretende que la mujer perciba e integre la musculatura perineal dentro de su esquema corporal, para, poco a poco, recuperar su tonicidad.

Este problema ha sido abordado con técnicas quirúrgicas, pero las estadísticas nos muestran un alto porcentaje de recidivas a largo plazo. Ante esta situación está adquiriendo gran importancia la Fisioterapia en el tratamiento de esta patología debido a los buenos resultados obtenidos, pues un ochenta por ciento de los casos de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ocasional o poco importante se resuelven con reeducación perineal.

Dentro de la fisioterapia del suelo pélvico, disponemos de distintas opciones: conos vaginales, biofeedback, propiocepción, sistemas oclusivos y electroestimulación. Esta última técnica está solamente indicada en aquellos casos en que la paciente sea incapaz de realizar una contracción activa, puesto que una contracción voluntaria es siempre más eficaz para lograr una hipertrofia muscular que aquélla que se consigue mediante una contracción pasiva.

Palabras clave.

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, mujer deportista, reeducación pelviperineal.

La lesión del ligamento cruzado anterior (Comunicación Vídeo)

García de Longoria, Elia.

El objetivo primordial de la comunicación es conseguir que una vez se haya visto el vídeo, se tengan unos conocimientos básicos de cómo se puede originar la lesión del ligamento cruzado anterior, su detección para su posterior reconstrucción seguido de un adecuado tratamiento de fisioterapia.

Como resultado, se ha conseguido una visión clara, concisa y resumida de todo el proceso que tiene lugar desde que se ocasiona la lesión, hasta su total recuperación.

Las secuencias han sido definidas conforme a los objetivos anteriormente señalados y con los materiales que se disponen como: vídeo, revistas especializadas y bibliografía varia, así como la elaboración propia de imágenes y situaciones reales.

Para finalizar, considero que todo profesional de la fisioterapia, pero de forma especial aquellos que se dedican al mundo de los deportes, deben tener presentes todos estos conocimientos, para conseguir así la mayor eficacia en los tratamientos aplicados según las características de los pacientes.

Palabras clave.

Ligamento cruzado anterior, ligamentoplastia, fisioterapia.

Tercera mesa **Masoterapia en el deporte**

Fisioterapia aplicada a la técnica del patinaje artístico

Sobrido Debén, Margarita.
Otero Couceiro, Eva.
López López, Verónica.

Objetivos.

Identificación de alteraciones físicas más comunes, limitantes de las posibilidades técnicas en niños patinadores.

Materiales y métodos.

Valoración de una muestra de 30 patinadores entre 7 y 18 años

Fichas de registro

Análisis estadístico de datos obtenidos con de Microsoft Excel

Interpretación conjunta de resultados: fisioterapeutas-entrenadores

Resultados.

Análisis estadístico

- Raquis:

- Escoliosis: 28%

- Alteraciones plano sagital: 36%

- Alteraciones en miembros inferiores: 36%

- Alteraciones musculares del raquis: 100%

Interpretación conjunta

- Raquis:

- Escoliosis: Problemas de equilibrio
Figuras obligatorias: Apoyo monopodal
Libre: Lateralidades en saltos

- Alteraciones en plano sagital

- Problemas de equilibrio: recepción de saltos
Flexibilidad del raquis: piruetas

Ejemplo de estudio individual.

Valoración y tratamiento de patinador con patología de raquis, durante temporada 97-98, y observación de mejoras técnicas parejas a la evolución favorable de su alteración.

Conclusiones.

Se evidencia la necesidad de trabajo en equipo, fisioterapeuta-entrenador, para mejoras técnicas en caso de limitaciones físicas, proporcionando así un mayor rendimiento deportivo. Así mismo se abre una puerta a futuros y más amplios estudios sobre el tema.

Palabras clave.

Patinaje, evaluación, rendimiento

Fisioterapia en el Campeonato Mundial de Patinaje Artístico y Danza

**Freiro Novoa, Alfonso.
Raposo Vidal, Isabel.
Sobrido Debén, Margarita.
Viñas Diz, Susana.**

Objetivo.

Mostrar la asistencia fisioterápica prestada por tres alumnos y un profesor ayudante de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de A Coruña en el Campeonato Mundial de Patinaje Artístico y Danza, celebrado en Reus (Tarragona) en Octubre de 1997; en tanto que nos permita conocer las necesidades reales del colectivo de deportistas patinadores y de la organización del campeonato.

Material y métodos.

Recopilación de datos de los usuarios de nuestro servicio referentes a: edad, sexo, sector (patinadores, entrenadores, organización o servicios), patología y tratamiento.

Resultados.

El análisis de los datos recogidos nos muestra los siguientes resultados.

El total de usuarios ha sido de 19. Un 63,15% fueron mujeres y un 36,85% fueron varones situándose un 57,89% entre los 20-30 años, un 26,6% entre los 30-40 años y un 15,80% entre los 40-50 años.

En cuanto a las patologías: 3,84% de los casos presentaban esguince de ligamento lateral externo de tobillo grado I, 7,69% hematomas a nivel de carpo; 26,92 fatiga de miembros inferiores; 23,07% contracturas de trapecios; 19,23% algias lumbares; 7,69% algias cervicales; 7,69 edema de miembros inferiores, y un 3,84% algias a nivel del carpo.

Según los sectores a los que pertenecían los usuarios, el 47,36% eran patinadores; 10,52% entrenadores; 31,57% pertenecerían al área de organización y un 10,52%

pertenecían al sector servicios del pabellón. Dentro del sector de patinadores el 77,77% eran españoles y el 22,23% restante pertenecían a selecciones extranjeras.

Las técnicas de tratamiento más utilizadas fueron: kinesiterapia (20,77% de los casos), masoterapia (19,48%), electroterapia (18,18%), terapia manual (11,68%), tratamiento postural (9,09%), drenaje venoso (6,49%), crioterapia (5,19%), vendaje funcional (3,89%), aplicación tópica de gel analgésico (2,59%) y drenaje linfático (2,59%).

Conclusiones.

- El análisis de los datos según la edad y los sectores a los que pertenecían los usuarios nos indica que existe gran demanda de atención fisioterápica entre los patinadores, y especialmente dentro de la selección española, que no contaba con este tipo de asistencia a diferencia de otras como la italiana o la francesa.

- Con respecto a las patologías, vemos que las más frecuentes son aquellas por fatiga o tensionales debido a las largas horas de entrenamientos o a la presión que tanto patinadores, entrenadores y organizadores deben soportar durante la celebración del campeonato.

- Aquellas patologías directamente relacionadas con la práctica del patinaje son poco frecuentes, ya que generalmente estas y, en función de su gravedad, implican generalmente la retirada del campeonato.

- Las técnicas más empleadas fueron, por motivos obvios, aquellas que el fisioterapeuta aplica con sus propias manos como la masoterapia y la kinesiterapia, lo cual no les resta eficacia y efectividad.

- Existe una clara necesidad de asistencia fisioterápica pre y postcompetición en este tipo de eventos, y la demanda aunque mayoritariamente pertenece al colectivo de deportistas también está representada por otros sectores del campeonato.

- La conveniencia de la instalación de un servicio de fisioterapia, que disponga de unos medios mínimos para el desarrollo de su función, es indiscutible en este tipo de eventos.

Palabras clave.

Fisioterapia, patinaje, necesidades, asistencia.

Centro Galego de Tecnificación Deportiva. Resultados y perspectivas de la fisioterapia deportiva

Iglesias Rodal, Camilo.

El Centro Galego de Tecnificación Deportiva, ubicado en el Estadio de la Juventud de Pontevedra y dependiente de la Xunta, supone a nivel de Galicia punto de referencia de primer orden para las distintas federaciones (piragüismo, natación, lucha, tenis, etc.), que, en sus instalaciones, preparan las selecciones de jóvenes valores de cara al deporte de alta competición.

La temporada 97-98 ha sido la primera en la que la fisioterapia deportiva ha desarrollado su labor en esta institución, integrado en el departamento de Medicina del Deporte.

Objetivos.

La presente comunicación analiza los resultados de labor asistencial, preventiva y de investigación preliminares.

Metodología.

Para ello, se repasan las actuaciones realizadas (planteamiento general, descripción de la población diana, delimitación de objetivos genéricos, etc) sus aplicaciones (hoja de fisioterapia, programas preventivos, pautas de actuación), así como su análisis retrospectivo.

Resultados obtenidos: se constatan, previo estudio de las historias clínicas e informes médico-deportivos, respecto a temporadas anteriores:

- aumenta la demanda y el conocimiento de asistencia fisioterápica
- mayor prevalencia de determinadas patologías dependiendo de la disciplina desarrollada
- reducción de los días de baja

- menor prescripción de antiinflamatorios
- disminución de recidivas en aquellos deportistas con tendencia a ellas
- importancia de la terapia manual como medio terapéutico de elección en procesos articulares leves y moderados (cuantitativamente más frecuentes)
- menor incidencia de determinados agentes causales (estudios biomecánicos y técnicos), etc.

Conclusiones.

El deporte necesita de la Fisioterapia, como auténtico yacimiento conceptual y asistencial, y más en instituciones oficiales en las que prima la eficiencia más que la eficacia, la investigación y la planificación más que las exigencias inasumibles del espectáculo deportivo.

Del mismo modo la fisioterapia debe aprovechar el potencial formativo de esta especialidad, su potencial como enriquecedor que las distintas disciplinas que se aglutinan en torno del Deporte le conceden a todas ellas, y en la medida que sea capaz de asumir nuevos retos podrá alcanzar más lejanas metas.

Palabras clave.

Fisioterapia, Medicina del Deporte, Terapia Manual

Cuarta mesa **Reeducación propioceptiva**

Incorporación al deporte de los niños con secuelas de quemaduras graves

**Fernández García, M. Ángeles.
Riveiro Temprano, Socorro.
Escribano Silva, Mercedes.
González Doniz, Luz.
Raposo Vidal, Isabel.**

Objetivos.

General: Incorporarles a una vida activa como antes de la lesión

Específico: Iniciar a los niños con secuelas de quemaduras a la vida deportiva

Metodología.

Seleccionamos dos pacientes con edades de 9 y 11 años, con quemaduras de tercer grado con una extensión del 30% al 50%, la gran mayoría en áreas críticas.

Protocolo de incorporación:

Valoración de secuelas: cutánea, músculo-tendinosa, articular, funcional.

Objetivo: Determinar deporte adecuado

Plan de actuación, buscar patrones de adaptación a las características físicas que presenta el sujeto, órtesis, vestimenta.

Resultados.

Observamos a nivel físico: Normalización en la flexibilidad de las siguientes

estructuras, piel, tejido celular subcutáneo, fascias, músculos, tendones, ligamentos, cápsulas.

Mejoría en la potencia muscular, recorrido articular, capacidad cardio-respiratoria, higiene postural.

A nivel psicosocial, integración y autoestima.

Conclusiones.

Al plantearnos la práctica del deporte en estos niños, conseguimos beneficiar su estado general, tanto físico como psíquico y social.

Palabras claves.

Quemado, fisioterapia en el deporte

La sugestión y la hipnosis en la fisioterapia del deporte

**Martínez Perigod, Braulio.
Grenet Cordovés, Enrique.
Meilán Devesa, J.Ramón.
Meilán Sánchez, Raquel.
Darriba Folgueira, Rocío.**

En un momento en que las técnicas afines toman presencia en nuestra profesión como herramientas cotidianas y en los planes de estudios de nuestras universidades forman parte del currículum formativo de pregrado, la hipnosis como ciencia encaja dentro de la aplicación por parte del profesional de fisioterapia en todos sus campos y con unos resultados demostrables científicamente de suma importancia.

Pretendemos a través de esta comunicación crear la motivación que permita el establecimiento de un estudio científico investigativo de la aplicación de los métodos y técnicas subjetivas e hipnóticas en la Fisioterapia del Deporte.

Se trata no de exponer todos los beneficios que representan para un fisioterapeuta las técnicas sugestivas e hipnóticas, sino realizar un breve bosquejo de algunos de los aspectos más significativos que serían de enorme importancia en la actividad diaria que realiza un fisioterapeuta y muy especialmente el fisioterapeuta deportivo.

Palabras clave.

Fisioterapia deportiva, sugestión, hipnosis, estado alterado de la conciencia.

Educación-Fisioterapia del deporte

**Paseiro Ares, Gustavo.
Martínez Bustelo, Sandra.
Martínez Rodríguez, Alicia.
Raposó Vidal, Isabel.
Barcia Seoane, Miriam.**

Introducción.

El objetivo de este trabajo es el conocimiento y el análisis de la Fisioterapia del Deporte en la formación de pregrado en las Escuelas Universitarias de Fisioterapia Españolas.

Materiales y métodos

Encuestas telefónicas compuestas por 22 ítems en las 28 Escuelas del ámbito nacional concernientes a:

- asignatura independiente o no
- número de créditos teóricos y prácticos
- carácter troncal, obligatorio u optativo
- espacio destinado a prácticas
- curso en el que se imparte
- titulación del profesorado

Resultados.

- Predominio como asignatura independiente bajo diferentes denominaciones. Existen algunas escuelas donde se contempla en el programa de asignaturas más genéricas troncales u obligatorias del ámbito fisioterápico.

- Carácter principalmente optativo

- Componente teórico (predominante) y práctico que se imparten en laboratorios y centros asistenciales.

- Docentes de diferentes titulaciones: fisioterapeutas, médicos y licenciados en educación física

Conclusiones.

- Denominación específica como asignatura optativa con tendencia a la especialización
- Presencia de un componente práctico-clínico lo que refleja la relevancia de su aplicación más allá de la teoría.
- Déficit de profesionales fisioterapeutas que imparten la asignatura.

Palabras claves.

Fisioterapia, docencia, deporte.

Comunicaciones
Cartel

Segunda mesa

Lesiones musculares, ligamentosas, capsulares y su tratamiento fisioterápico

Patología discal

Teijeiro López, Javier.
Moro Alonso, Ana.
Meilán Devesa, José Ramón.
Oliver Botana, Pablo.
Fernández Carracedo, Sonia.

Objetivos.

Mostrar, de la manera más concreta posible, una introducción a la patología y sintomatología discal, así como su clasificación (según Charnley) y prestar especial atención a una serie de aspectos anatómicos y biomecánicos que pueden pasar desapercibidos y que condicionan el resultado de ciertas exploraciones fisioterápicas

Material y métodos.

Estudio bibliográfico publicaciones últimos 5 años

Conclusiones del Symposium Nacional de Fisioterapia Manipulativa y Terapia Manual, celebrado en La Coruña los días 31 de Mayo, 1 y 2 de Junio de 1996

Programas utilizados para Macintosh.:

- Word Perfect 3.0 a. - Adobe Photo-Shop TM L.E. - Aldus Freehand 3.1

Palabras clave.

Fisioterapia. Vértebra. Disfunción. Columna. Disco vertebral.

Luxación recidivante de rótula

**Fernández García, Ángeles.
Riveiro Temprano, Socorro.
Escribano Silva, Mercedes.
González Arroyo, Amadeo.
Amado Vázquez, M Eugenia.**

Objetivos.

Intentar demostrar la importancia de la fisioterapia en el tratamiento de la luxación recidivante de rótula

Metodología.

Tratamiento de fisioterapia en un paciente que ha sido intervenido dos veces.

Seleccionados tres signos básicos en este caso:

- Desviación rótula en valgo
- Inestabilidad de la marcha con múltiples caídas y pérdida de equilibrio
- Dolor e hipersensibilidad

Tratado con:

- Cinesiterapia (analítica específica, analítica simple)
- Electroterapia (media frecuencia)
- Técnicas de propiocepción

Resultados.

Después del tratamiento de fisioterapia el paciente mejoró ostensiblemente en tres parámetros seleccionados, especialmente en el dolor

Conclusiones.

Se demuestra la utilidad de la fisioterapia en este caso

Evitamos dolores reflejos al corregir la postura

Prevenimos complicaciones a otros niveles

Palabras clave.

Fisioterapia. Luxación recidivante de rótula

Osgood-Schlater: historia de una lesión

**Riveiro Temprano, Socorro.
Escribano Silva, Mercedes.
Fernández García, Ángeles.
Pardo Carballido, Carmen.
Santos Romero, Ramón.**

Objetivos.

Combatir la inflamación y el dolor mediante técnicas de fisioterapia

Metodología.

De los casos que presentamos en estudio la trayectoria empleada ha sido la siguiente: inicialmente reposo, crioterapia y si es necesario inmovilización mediante una ortesis

Las fases posteriores estarán dirigidas a obtener una buena función de la musculatura periarticular de la rodilla, aliviar o eliminar el dolor así como disminuir la inflamación. Mediante técnicas y métodos fisioterápicos.

Resultados.

De los casos tratados, el 75% mejoró ostensiblemente, el 20% necesitó un número mayor de sesiones de tratamiento, en el 5% restante no obtuvimos el resultado deseado

Conclusiones.

Adecuar la elección del método a la patología, mejora los resultados

La aplicación correcta de las técnicas evita secuelas

En algunos casos la mejoría no es la esperada

Palabras clave.

Osgood-schlatter. Fisioterapia

Secuelas del deporte: lumbalgia

**Escribano Silva, Mercedes.
Fernández García, Ángeles.
Riveiro Temprano, Socorro.
Ruiz Domínguez, Octavio.
Barcia Seoane, Miriam.**

Objetivos.

Relacionar patologías para llegar a un diagnóstico de fisioterapia que nos permita realizar un tratamiento adecuado y conseguir resultados favorables

Metodología.

Paciente con una lesión crónica de tobillo y posteriormente comienza con dolor en la zona lumbar, esta paciente ya había sido tratada de ambas lesiones por separado sin resultados favorables

Elaboramos la historia de fisioterapia, por lo cual relacionamos las dos patologías, planificamos el tratamiento y lo aplicamos

Resultados.

Demostramos la conveniencia de hacer una buena historia de fisioterapia para conseguir un diagnóstico acertado que nos lleve a un tratamiento correcto

Conclusiones.

Al relacionar adecuadamente varias patologías, elaboramos el tratamiento conveniente

La incidencia de la lesión disminuye

Aumenta la confianza en el campo de la fisioterapia

Palabras clave.

Fisioterapia. Historia

Fascitis plantar: valoración fisioterápica

**Martínez Bustelo, Sandra.
Chouza Insua, Marcelo.
Paseiro Ares, Gustavo.
Raposo Vidal, Isabel.
Barcia Seoane, Miriam.**

Introducción.

Análisis de los factores que intervienen en la inflamación de la fascia plantar en los deportistas.

Material y métodos.

Para la elaboración de esta comunicación póster, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica que incluye una búsqueda en Internet.

Resultados.

El acortamiento del tendón de Aquiles predispone a la aparición de esta patología, en la que se puede llegar a producir un aumento del grosor de la fascia plantar de 3 a 15 mm al producirse una proliferación fibroblástica y de tejido fino granulomatoso. En la primera fase, el dolor se sitúa en el origen de la aponeurosis plantar y a lo largo del arco intermedio del pie. Dicho dolor aumenta a la palpación de la banda fascial, y a la dorsiflexión pasiva de las articulaciones metatarsofalángicas.

Las causas potenciales son: debilidad muscular, arcos planos o altos, mala sujeción del calzado, aumento repentino del nivel de actividad y/o de peso.

Conclusiones.

- La Fascitis Plantar es la primera causa de dolor talar.
- Afecta preferentemente a mujeres de mediana edad y jóvenes atletas.
- Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con un tumor, infección o dolor neuropático.

Fascitis plantar: tratamiento fisioterápico

**Barcia Seoane, Miriam.
Paseiro Ares, Gustavo.
Chouza Insua, Marcelo.
Martínez Bustelo, Sandra.
Martínez Rodríguez, Alicia.**

Introducción.

En este trabajo se realizará una exposición de las diferentes técnicas fisioterápicas a utilizar en el tratamiento de la fascitis plantar

Material y métodos.

Para la elaboración de esta comunicación póster se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica que incluye una búsqueda en Internet.

Resultados.

Las principales técnicas empleadas en el tratamiento de la fascitis plantar son:

- Reposo, en la fase aguda de la inflamación.
- Crioterapia, masaje con hielo y aplicaciones de estiramiento con frío.
- Medidas profilácticas, como la utilización de una plantilla de descarga.
- Vendaje.
- Estiramientos, tanto activos como pasivos.
- Ultrasonoterapia
- Potenciación muscular, de la musculatura intrínseca y extrínseca del pie.
- Trabajo propioceptivo.

Conclusiones.

- La Fisioterapia ofrece una amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de esta frecuente patología del deportista.

- Cabe destacar la importancia del vendaje funcional en el tratamiento de la fascitis plantar.
- Los estiramientos de gemelos son muy útiles para evitar que el acortamiento del tendón de Aquiles provoque o agrave la inflamación de la fascia.

Fisioterapia en las lesiones del complejo ligamentario externo sin solución de continuidad de la articulación del tobillo

**Riveiro Temprano, Socorro.
Escribano Silva, Mercedes.
Fernández García, Ángeles.
Chouza Insua, Marcelo.
Quintía Casares, José.**

Objetivo.

Unificar criterios y protocolizar la evaluación y el tratamiento de las lesiones del complejo ligamentario externo sin solución de continuidad de la articulación del tobillo

Metodología.

Recuerdo anatómico: articulación del tobillo, articulación tibioperoneoastragalina, articulación subastragalina, articulación mediotarsiana

Evaluación analítica y funcional: interrogatorio, evaluación analítica del tejido cutáneo y subcutáneo, evaluación analítica articular, evaluación analítica ósea, evaluación analítica musculotendinosa y evaluación final

Para poder realizar la evaluación comenzaremos por un examen visual, donde observaremos: color, volumen, actitud espontánea y estructuras óseas; continuamos con el examen manual de palpación donde evaluaremos primeramente temperatura, hinchazón para seguir evaluando dolor, interlíneas articulares, cápsulas, ligamentos, huesos, movilidad articular pasiva y activa, continuamos con el tono, extensibilidad, movilidad activa, y fuerza musculotendinosa

Una vez evaluado, marcamos objetivo general y objetivos específicos y realizamos un plan de tratamiento, donde utilizamos métodos y técnicas específicas

Resultados.

- Establecer criterios sobre las lesiones ligamentarias de la articulación del tobillo, desde el punto de vista de la fisioterapia
- Protocolizar actuaciones

Conclusiones.

- Damos a estas lesiones una identidad propia dentro del campo de la fisioterapia
- Mejoramos la calidad asistencial

Palabras clave.

Fisioterapia. Complejo ligamentario externo

Tercera mesa **Masoterapia en el deporte**

Masaje perióstico de Vogler

Paseiro Ares, Gustavo.
Martínez Suárez, Manuel.
Aristín González, José Luis.

Introducción.

Presentamos una revisión bibliográfica basada en una técnica cuyos resultados han sido satisfactorios en nuestra práctica clínica diaria

Objetivos.

- Percepción subjetiva de la eficacia de este método
- Difundir correctamente su técnica de empleo y sus efectos
- Discutir sus posibles indicaciones y contraindicaciones

Resultados.

Técnica reflexógena cuyos efectos son la analgesia, sedación y normalización musculotendinosa perilesional

Indicada en procesos postraumatológicos subagudos y crónicos

Se observa una rápida mejoría funcional en 2-3 sesiones

Cada punto de máxima a nivel perióstico será tratado de 2 a 5 minutos

Conclusiones.

Denota la baja tasa de material bibliográfico existente sobre esta técnica

Mostrar su utilidad terapéutica

Preconizar la correcta práctica de este método

Palabras clave.

Fisioterapia, masaje, reflejo

Relación entre diagnóstico y actividad física

Ruiz Domínguez, Octavio

Objetivos.

Relacionar la incidencia de las lesiones con la actividad física desempeñada

Metodología.

Hemos realizado un estudio con un grupo de 250 personas, que acudieron a tratamiento de fisioterapia, en un periodo de meses, de los cuales 125 son deportistas y 125 no deportistas, para relacionar las lesiones por las cuales acudieron a tratamiento de fisioterapia.

Grupo A deportistas:

Subgrupo A1 con más de 5 horas de dedicación diarias

Subgrupo A2 con menos de 5 horas de dedicación diarias

Grupo B no deportistas:

Subgrupo B1 con una dedicación de 5 horas semanales a alguna actividad física

Subgrupo B2 con menos de 5 horas de dedicación semanal a alguna actividad física

Resultados.

Grupo A

Subgrupo A1- patología con más incidencia, lumbalgia y con menor incidencia, tendinitis

Subgrupo A2- patología con más incidencia esguince ligamento lateral externo de tobillo, y con menor incidencia tendinitis

Grupo B

Subgrupo B1-patología con más incidencia, cervicalgia, y con menor incidencia, tendinitis

Subgrupo B2- patología con más incidencia, cervicalgia, y con menor incidencia, tendinitis

Grupo A

Subgrupo A1- patología resuelta en el mayor número de sesiones respecto al resto, rotura musculares y ligamentarias

Subgrupo A2- patología resuelta en el mayor número de sesiones respecto al resto, fracturas óseas

Grupo B

Subgrupo B1- patología resuelta en el mayor número de sesiones respecto al resto, fracturas óseas

Subgrupo B2- patología resuelta en el mayor número de sesiones respecto al resto, fracturas óseas

Grupo A

Subgrupo A1- patología resuelta en el menor número de sesiones respecto al resto, contracturas musculares

Subgrupo A2- patología resuelta en el menor número de sesiones respecto al resto, contracturas musculares

Grupo B

Subgrupo B1 y subgrupo B2- patología resuelta en el menor número de sesiones respecto al resto, no existe

Conclusiones.

Extrapolando los resultados, podemos decir que la patología de mayor incidencia en la población son los dolores de espalda. Cervicalgias y lumbalgias, y que son las más tratadas en los gabinetes de fisioterapia.

Las menos tratadas son las tendinitis, no por su relevancia sino por desconocimiento

En la población que realiza deporte con moderación la patología de mayor incidencia son los esguinces.

Las patologías que tardan más en resolverse, son aquellas donde se implican mayor número de profesionales, fracturas y roturas musculares.

Las patologías que tardan menos en resolverse, son aquellas donde se implican el menor número de profesionales, como son las contracturas musculares

Las patologías de menos incidencia son las relacionadas con la edad cronológica

Palabras clave.

Fisioterapia, estadística.

Predeporte: importancia del calzado

**Escribano Silva, Mercedes.
Fernández García, Ángeles.
Riveiro Temprano, Socorro.
Rodríguez Romero, Beatriz.
Souto Camba, Sonia.**

Objetivos.

Evidenciar la importancia del calzado en la practica predeportiva del niño como factor preventivo y protector de posibles lesiones.

Metodología.

Revisión bibliográfica sobre el desarrollo anatómico y biomecánico del pie en el niño, el predeporte y el calzado; con el fin de relacionarlos, para resaltar la importancia del calzado en la practica del predeporte. Anatomía y biomecánica del pie. Predeporte: fútbol, baloncesto y tenis. Calzado: hormas, suela, sujeción, protecciones, materiales.

Resultados.

Es aconsejable que se realice el predeporte con un zapato adecuado a las sollicitaciones a las que se va a ver sometido el pie del niño.

Suela, plantilla, forro, cierre, contrafuerte, refuerzos en el fútbol, baloncesto y tenis.

Conclusiones.

Un calzado adecuado previene lesiones y protege. Ha de ser el idóneo al predeporte que se realice. Comprobamos que las zapatillas utilizadas en el predeporte no son las más adecuadas por su elevado coste.

Palabras clave.

Fisioterapia, predeporte

Adaptación de las técnicas de Kabat al entrenamiento del lanzamiento clásico de altura del hombro del brazo ejecutor en balonmano

**Iglesias Rodal, Camilo
Augusto San Juan, Modesto**

El lanzamiento en balonmano, representa la fase más decisiva de la técnica ofensiva; sin embargo, no siempre el entrenamiento va acorde con las necesidades que se requieren para este tipo de acción tan trascendental para este deporte.

Objetivos.

Aportar, desde el punto de vista de la fisioterapia, técnicas analíticas que permitan una mayor rentabilidad al trabajo tanto del deportista como del propio entrenador y con el fin de mejorar su rendimiento

Metodología.

Se parte, como es obvio, por realizar un análisis de los movimientos necesarios para realizar el lanzamiento a portería (armado por delante y por detrás), así como de aquellos músculos y estructuras que intervienen en cada acción, para pasar, a continuación, a estudiar las posibilidades que dichas técnicas reeducativas pueden aportar a los entrenadores en el momento de realizar la programación de un trabajo específico dentro del entrenamiento

Resultados.

Gracias a este estudio previo, hemos elaborado, partiendo del concepto **Kabat**, una aplicación de ejercicios secuenciales, que servirán no sólo para reeducar tras una lesión sino, y lo que es más novedoso, un sistema de trabajo específico para mejorar un gesto técnico.

Conclusiones.

Como podemos observar por este y otros trabajos (ej: Electroestimulación dinámica en el deporte. Basa García, Fisioterapia 1997; 19: 53-59) la fisioterapia posee un arsenal conceptual y práctico que puede ser aprovechado por el resto del equipo interdisciplinar deportivo, facilitando y promocionando la labor del fisioterapeuta aún más allá de la prevención, recuperación y readaptación de los lesionados, para acercarlo al campo de la mejoría de las capacidades del deportista sano

Palabras clave.

Facilitación neuromuscular propioceptiva, deporte, entrenamiento

Cuarta mesa **Reeducación propioceptiva.**

Índice de lesiones en un equipo de Tercera División

Amado Vázquez, M. Eugenia.
López Freijomil, Esperanza.
González Doniz, Luz.
Souto Camba, Sonia.
Raposo Vidal, Isabel.

Introducción.

Este tipo de actividad deportiva conlleva diferentes lesiones. El ejercicio que exigen las numerosas situaciones que requieren de contacto personal y el juego son responsables de las muchas y diferentes lesiones que padecen estos deportistas. Por lo general es muy difícil una evaluación precisa del origen de la lesión; es bueno conocer el mayor número de factores posibles que la desencadenen así como el nivel de habilidad del deportista, su propensión a la lesión y las condiciones ambientales en las que se desenvuelve

Metodología.

La existencia de un equipo multidisciplinario y la buena interrelación entre los componentes del mismo nos garantizó el seguimiento en el aspecto preventivo y el tratamiento fisioterápico de los futbolistas. Dicho equipo constaba de: entrenador, preparador físico, médico y fisioterapeuta.

A esto podemos añadir una serie de factores de gran importancia en el desencadenamiento de la lesión como:

- Tipo de terreno (tierra, hierba o césped artificial).
- Medios protectores como por ejemplo el tipo de calzado, espinilleras, vendajes adhesivos y otro tipo de material compresivo como musleras y rodilleras.
- Características físicas de cada jugador.
- Preparación física adecuada.
- Agresividad en la practica deportiva.
- Falta de protección hacia causas predispuestas (frío, humedad ambiental, lluvia).

Resultados.

Las lesiones más frecuentes han sido de naturaleza traumática y aguda: esguinces, contusiones diversas, distensiones ligamentosas, desgarros musculares producidas tanto en el entrenamiento como en partidos amistosos o de liga.

Estando la plantilla formada por 26 jugadores, el número de lesiones globales fue de 72.

Clasificación de lesiones según el tipo anatómo-patológico:

- heridas
- rotura de fibras musculares
- contusiones articulares
- distensiones ligamentosas
- roturas ligamentosas
- sinovitis traumáticas
- roturas meniscales
- fracturas
- algias vertebrales

Clasificación según su posición en el terreno de juego

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. portero | 2. Defensa | 3. Medio |
| 4. delantero | 5. Extremo | 6. interior |

Conclusiones.

La existencia del equipo multidisciplinario determinó que muchas de las lesiones existentes, salvo las de larga duración, no causarán baja con retirada de la ficha. La

existencia de este equipo está siempre condicionada por el nivel económico del club.

- Recuperación en 4-5 días: (contusiones, heridas, molestias musculares en miembros inferiores y columna).

- Recuperación en 15-20 días: (tendinitis aguda, traumatismos articulares y distensiones musculares y ligamentosas).

- Recuperación en 30 días-4 meses: (tendinitis crónicas, menissectomías, cruzados anteriores).

Queremos resaltar la importancia de la figura del preparador físico en estrecha relación con el fisioterapeuta llevando a cabo entrenamientos de fuerza y flexibilidad en dosis adecuadas, a la hora de prevenir las lesiones deportivas.

Palabras clave.

Fisioterapia. Preparación física. Recuperación funcional. Equipo multidisciplinario.

Fisioterapia y piragüismo

**Amado Vazquez, M. Eugenia.
Lopez Freijomil, Esperanza.**

Objetivos.

El objetivo de nuestro trabajo es demostrar que el fisioterapeuta tiene en esta actividad deportiva un doble papel de consejero al entrenamiento para prevenir lesiones y de recuperar las consecuencias de traumatismos o patologías inherentes a la actividad

Metodología.

Para poder entender las lesiones, debemos conocer las técnicas de remo en cada modalidad:

Kayak: En el cual los piragüistas desde la sedestación usan un remo con una pala en cada extremo. La técnica de trabajo es simétrica.

Canoa: están propulsadas por un remo con una sola pala, desde una posición semierguida con una rodilla en la piragua. La técnica de trabajo es asimétrica.

En ambas modalidades hay que distinguir dos fases:

1. Fase de propulsión o acuática, en donde toda la musculatura tiene que vencer la resistencia del agua, para conseguir el avance.
2. Fase de recuperación, en la cual vuelven a la posición inicial aprovechando el impulso adquirido durante la fase propulsiva.

Hay unas lesiones inherentes a la técnica por mala ejecución y la localización de las mismas será distinta de canoa a kayak.

También estarán en relación directa al tipo de actividad que realicen: regatas de velocidad que se realizan en aguas tranquilas; competiciones de eslabón que se disputan en pistas trazadas sobre rápidos de ríos y competiciones de aguas bravas que tienen lugar en una pista de aguas turbulentas y rápidas con obstáculos naturales y artificiales.

Conclusión.

Las lesiones más frecuentes que encontramos en el grupo de piragüistas del club fluvial “Ría de Betanzos”, fueron las que afectaron principalmente a la cintura escapular, (tendinitis del supraespinoso y porción larga del bíceps, contracturas musculares de romboides, dorsal ancho y trapecio), lumbalgias y tendinitis, lógicamente menos frecuentes del tren inferior.

La distribución por patologías sería:

- 58,2% Patología traumática
- 24,1% Procesos infecciosos vías respiratorias
- 17,7% Patología dermatológica, nutricional y otras

El seguimiento continuado de las patologías posibilita una curación precoz e incorporación rápida a los entrenamientos mediante técnicas específicas de fisioterapia.

Insistir en el cuidado e higiene de los hábitos deportivos como prevención.

La regla del *no dolor* en la práctica de la actividad se ha de respetar imperativamente

Palabras clave.

Fisioterapia, piragüismo, técnicas de remo, higiene postural

Natación: programa de hidrokinesterapia

**Amado Vázquez, M^a Eugenia.
López Freijomil, Esperanza M^a.
Chouza Insua, Marcelo.
Barcia Seoane, Miriam.
Rodríguez Romero, Beatriz.**

Objetivos.

La natación desde tiempos antiguos fue utilizada como método de entrenamiento y hoy lo podemos calificar como un sistema valioso de terapia física y como la forma de ejercicio físico general más beneficiosa que existe. Ningún otro ejercicio utiliza tantos músculos del cuerpo y de modo tan intenso. Es importante para aprender a coordinar movimientos de miembros inferiores y superiores con la respiración. Por resultar una forma de ejercicio tan beneficiosa nos planteamos el desarrollo de este programa

Metodología.

Se plantea como un recurso terapéutico complementario o compensador de enfermedades y lesiones que padecían los pacientes. Dentro de nuestra función está el recoger el diagnóstico y prescripción por parte del médico de cabecera o especialista y plantear un programa de recuperación adecuado a la patología específica de cada paciente

Nuestro trabajo era complementado por la actividad de un monitor que transmitía a los pacientes nuestro sistema de trabajo

Este programa estaba dirigido a colectivos con alteraciones físicas o enfermedades crónicas como por ejemplo: lumbociatalgias, lumbalgias, hernias discales, artrosis, escoliosis, traumatismos poliarticulares, prótesis de cadera y rodilla, afecciones neurológicas.

Los materiales utilizados específicamente son los propios de la piscina (excepto

algún paciente que debido a su patología usaba determinadas prendas de neopreno): maderas de corcho, aletas, pelotas, pull-boys, burbujas, corcheras, manoplas

Conclusiones.

Tras dos años de seguimiento de este programa, hemos encontrado buenos resultados en todas las lesiones agudas y mejoría en enfermedades crónicas

El paciente se siente controlado por el monitor que le corrige e informa de los ejercicios

Nosotros hemos realizado una variación progresiva en resistencia e intensidad del sistema de trabajo adecuado a cada patología

Así mismo, aparte de la primera entrevista personal con cada paciente, en caso de variaciones en cuanto al dolor o su patología, el paciente fue revisado de forma continuada

Palabras clave.

Fisioterapia. Hidrokinesiterapia. Natación. Terapia física

Propiocepción en el tratamiento de gimnasia artística deportiva

González Represas, Alicia.

El cuerpo del gimnasta es un sistema biocinemático complejo con muchos grados de libertad. Las acciones continuas y no siempre reguladas de los músculos de las articulaciones que fijan la postura, entre otras cosas, llevan a inestables cambios posturales, vibraciones del cuerpo, como consecuencia, a los constantes traslados, oscilaciones del centro de gravedad alrededor de la posición óptima de equilibrio. Dichas vibraciones tienen carácter impredecible. Dado que el propio proceso de mantenimiento del equilibrio en la postura requerida debe ser dirijible es importante que en los entrenamientos se incluyan ejercicios propioceptivos que permitan realizar un ajuste perfecto en la recepción del gimnasta al efectuar, por ejemplo, un salto mortal en la fase final del ejercicio. Normalmente durante la fase de recepción se observan algunos fallos traídos por el gimnasta de las fases anteriores del movimiento.

Esta comunicación describe el régimen de amortización durante la recepción y los movimientos correctivos durante la misma, así como la técnica correcta de la recepción y el papel de la propiocepción.

Conclusión.

El objetivo de esta comunicación es destacar la importancia de la propiocepción en el deporte, concretamente en la gimnasia artística deportiva donde la calidad de la recepción del gimnasta, después de efectuar un salto mortal, depende en gran medida de la propiocepción. Por ello es necesario desarrollar esta cualidad, incluso perfeccionarla, introduciendo ejercicios propioceptivos en los entrenamientos.

Palabras clave.

Deporte, propiocepción, entrenamiento, gimnasia artística deportiva.

El fisioterapeuta en centros deportivos privados: gimnasios

**Pineda Galán, Consolación.
Labajos Manzanares, M^a Teresa.
Díaz Mohedo, Esther.
Montoro Fernández, Eduardo.
Guillén Romero, Francisco.**

Introducción.

En los últimos años el número de fisioterapeutas que trabajan en entidades deportivas ha aumentado notablemente. Las funciones que desempeñan son: actuaciones de emergencia, prevenir lesiones, preparar al deportista precompetición, facilitar su recuperación al esfuerzo, tratar lesiones derivadas de la práctica deportiva recuperándolas lo mejor y más rápidamente posible.

Normalmente se asocian estas funciones al fisioterapeuta de un equipo deportivo de élite, olvidando que estas y otras funciones importantes se pueden llevar a cabo en centros privados modestos. La existencia de fisioterapeutas en estas entidades privadas (gimnasios) y sus funciones, serán el objeto de estudio de esta comunicación, proponiendo un nuevo campo de trabajo resaltando la importancia del papel de la Fisioterapia en el deporte.

Objetivos.

- Determinar las funciones que llevaría a cabo el fisioterapeuta en centros deportivos privados, gimnasios.
- Estudiar las adaptaciones terapéuticas necesarias al ejercicio físico, teniendo en cuenta la patología.
- Justificar las actuaciones inmediatas del fisioterapeuta en lesiones derivadas de las actividades propias del gimnasio deportivo.
- Destacar la importancia y necesidad de la figura del fisioterapeuta como un miembro más de la plantilla en entidades deportivas, tanto públicas como privadas.

Materiales y métodos.

Estudio estadístico realizado en 12 gimnasios de la provincia de Málaga, analizando los siguientes ítems:

- Si existe la figura del fisioterapeuta incluida en el equipo.
- En el caso de que exista: qué funciones tiene, y con qué medios cuenta.
- Estudio de patologías que se derivan del ejercicio, de su prevención, y de las patologías que ya vienen instauradas, y el individuo quiere practicar actividad física, o bien viene recomendado por el médico.
- Entrevista a empresarios, con el objeto de conocer el porqué de la presencia o no de la figura de un fisioterapeuta en sus empresas.

Conclusiones.

La fisioterapia en el deporte no solo se desempeña en clubes o entidades de prestigio, sino también en centros privados modestos.

Las funciones del fisioterapeuta: preventivas, urgencias y asistencia prolongada, son importantes en el mundo del deporte.

La labor adaptativa al ejercicio físico de ciertas patologías dentro de un gimnasio es función del fisioterapeuta, puesto que se necesita el conocimiento anatómico-patológico y fisiológico de la lesión.

Los empresarios cada vez demandan mayor calidad en sus servicios, con lo que recurren a verdaderos profesionales, siendo los problemas económicos los que evitan la aparición de la figura del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar, además de una gran falta de información.

Lo ideal sería tener una sala de fisioterapia correctamente equipada dentro del gimnasio deportivo, con el objeto de realizar tratamientos fisioterápicos de urgencias, y exploraciones fisioterápicas antes de comenzar el ejercicio.

Lesiones más frecuentes en la práctica del balonmano

**Fernández Antequera, Amadeo.
Muñoz Sánchez, M^a del Carmen.
Company José, Carlos.
Bernal Valls, Raquel.
Juan Higán, Andrés.**

Se describen las lesiones tanto osteo-articulares como musculares, de mayor incidencia en la práctica del balonmano.

Se presenta un estudio estadístico de la casuística de estas lesiones

- Por localizaciones anatómicas

Descripción de la localización y naturaleza de los traumatismos

- Mecanismos de producción y alteraciones morfológicas

Diagnóstico diferencial entre ellas

Mecanismos lesionales

Tratamiento :

Preventivo

En las distintas fases de la lesión:

- Fase aguda

- Fase crónica

Lesiones por sobrecarga en el miembro inferior

**Fernández Antequera, Amadeo.
Muñoz Sánchez, M^a del Carmen.
Company José, Carlos.
Bernal Valls, Raquel.
Bernal Valls, Esther.**

Cada vez es más frecuente observar lesiones por sobrecarga en individuos jóvenes por una serie de factores entre los que destacan:

- Una actividad inadecuada; no adecuada a la edad, de intensidad y frecuencia altas.

- Por inicio de la práctica deportiva a edades más tempranas

- Por ser prácticas deportivas con finalidades no lúdicas o simplemente no indicadas para las características de las personas que las practica

- Especialización precoz y sesiones muy largas de entrenamiento

Concretamente en el miembro inferior, las osteonecrosis asépticas producidas por tracción más frecuentes son:

A nivel del aparato extensor de la rodilla:

- Epifisitis por tracción o enfermedad de Osgood-Schalatter

- Osteonecrosis aséptica de la tuberosidad de la tibia

- Clínica, alteraciones morfológicas y tratamiento fisioterápico

- La enfermedad de Sinding Larsen-Johansson

- Fragmentación del polo inferior de la rótula

- Clínica, alteraciones morfológicas y tratamiento fisioterápico

A nivel de la tuberosidad del calcáneo:

- Enfermedad de Sever

- Osteonecrosis de la tuberosidad del calcáneo

- Clínica, alteraciones morfológicas y tratamiento fisioterápico

A nivel isquio:

- Van-Neck

- Osteonecrosis del isquión

- Clínica, alteraciones morfológicas y tratamiento fisioterápico

Se describen los síntomas de cada una de estas patologías, la clínica que presentan, las causas del desarrollo de estas alteraciones así como la relación con otras entidades patológicas.

Se exponen imágenes radiológicas de estas patologías.

Se describe cual es el tratamiento de estas patologías, médico y fisioterápico.

Clasificación del tratamiento por fases:

a.- Durante la inmovilización

- Tratamiento antiinflamatorio (reposo, crioterapia, electroterapia, etc.)

- Prohibidas las contracciones de cuádriceps (reposo tendón rotuliano)

b.- Sin inmovilización

- Enseñanza de los movimientos que se deben evitar y ejercicios

c.- Recuperación articular y muscular de la rodilla

Por último descripción de medidas profilácticas para evitar nuevos episodios.