

# INFORMACIÓN PARA FUTUROS RESIDENTES DE **MEDICINA** **FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS

**2021**

# Unidad de Rehabilitación

**Jefe de Unidad:** Mariano Tomás Flórez García

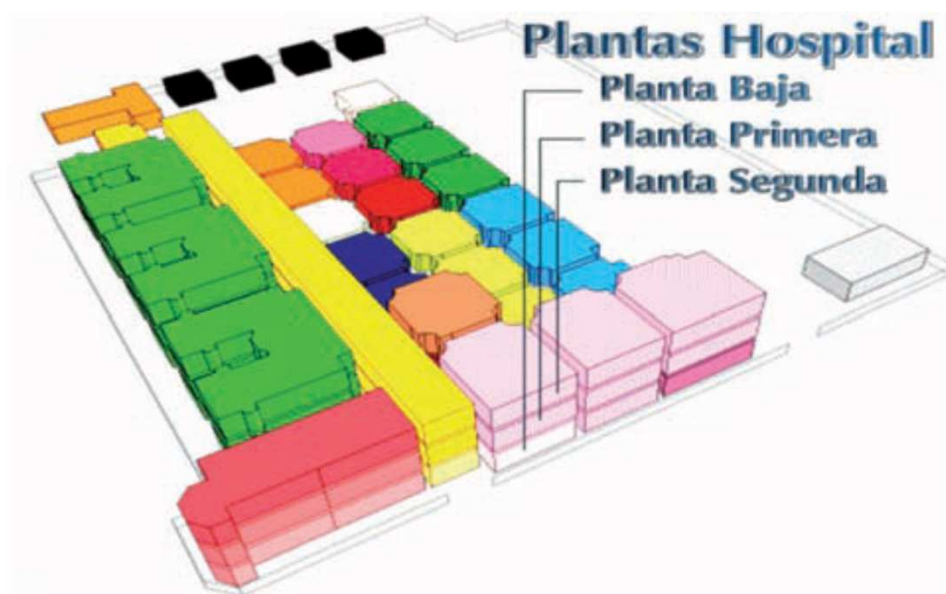
**Tutores de Residentes:** Fernando García Pérez  
Irene Pérez Porta



El personal sanitario de la Unidad lo forman:

- **8 médicos rehabilitadores**
- 25 fisioterapeutas
- 3 terapeutas ocupacionales
- 7 auxiliares de enfermería

El primer residente se incorporó en 2002 y desde 2011 formamos 2 residentes / año

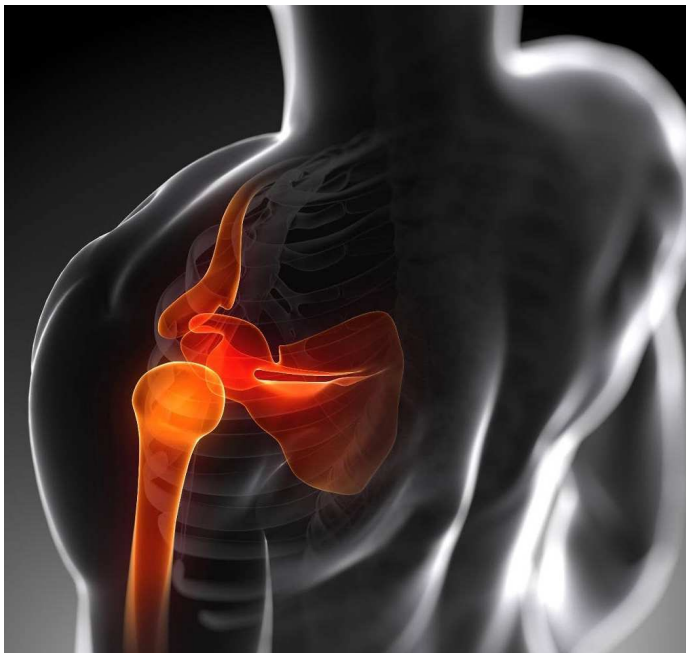


# Unidad de Rehabilitación

La cartera de servicios de la Unidad se ha ido ampliando progresivamente en los últimos años.

Se ha incorporado Foniatría y Rehabilitación Cardíaca y se ha creado una Unidad de Hombro.

Pendiente de empezar Unidad de Suelo Pélvico.



# **Unidad de Rehabilitación**

## **PROGRAMA DE ROTACIONES**

### **Primer año de residencia**

- Unidad de Rehabilitación (4 meses)
- Unidad de Reumatología (1 mes)
- Unidad de Neurología (2 meses)
- Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología (2 meses)
- Unidad de Radiodiagnóstico - sección patología músculo-esquelética - (1 mes)
- Unidad de Cardiología (1 mes)

### **Segundo año de residencia**

- Unidad de Rehabilitación (de 8-9 meses)
- Lesión medular (2 meses). Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo
- Rotación opcional (1 mes)



# **Unidad de Rehabilitación**

## **PROGRAMA DE ROTACIONES**



### **Tercer año de residencia**

- Unidad de Rehabilitación (7-8 meses)
- Daño Cerebral. CEADAC (Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral) de Madrid (1 mes)
- Rehabilitación Infantil. Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla / Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid (1-2 mes).
- Rotación opcional (1 mes)

### **Cuarto año de residencia**

- Rotación opcional (1 mes)
- Intervencionismo en Rehabilitación. Hospital Central de la Defensa de Madrid / U de Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid) (1 mes)
- Suelo pélvico. Fundación Jiménez Díaz de Madrid (1 mes)
- Unidad de Rehabilitación (8-9 meses)

# Unidad de Rehabilitación

## GUARDIAS

**5 al mes** en el Área de Urgencias, los cuatro primeros meses de Medicina y el resto de la residencia de Traumatología

## SESIONES CLÍNICAS

- Sesión clínica de todos los miembros de la Unidad

(algunos jueves de 14 h 15' a 15 h)

Preparadas por médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de la Unidad o por otros profesionales del centro o de fuera, invitados.

- Sesión clínica semanal de los médicos de la Unidad

(martes de 14 h 15' a 15 h)

Son preparadas, habitualmente, por residentes y supervisadas por los médicos de la Unidad.





# Unidad de Rehabilitación

Hemos elaborado:

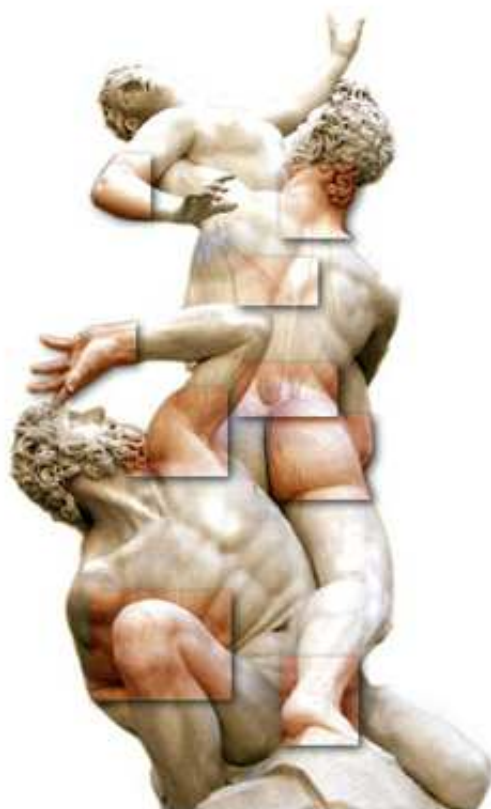
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

<http://www.sermef.es>

## PROGRAMAS DE EJERCICIOS



English version



### Columna Cervical

Dolor Cervical  
S. Desfiladero Torácico

### Hombro

Síndrome Subacromial  
Rotura Masiva Manguito  
Rotador  
Capsulitis Retráctil

### Cadera

Artrosis  
Tendinitis Aductores  
Cadera en Resorte

### Columna Dorsal

Osteoporosis

### Codo

Epicondilitis  
Epitrocleititis

### Rodilla

Artrosis  
S. Dolor Femoropatelar  
Tendinopatía Rotuliana  
Síndrome Banda Iliotibial

### Columna Lumbar

Dolor Lumbar  
Estenosis de Canal

### Muñeca - Mano

Artrosis  
Artritis Reumatoide

### Tobillo - Pie

Fascitis Plantar  
Esguince Tobillo  
Tendinopatía Aquiles  
Tendinopatía Tibial Posterior

### AUTORES

Mariano T. Flórez García  
Fernando García Pérez  
Juan Aboitiz Cantalapiedra  
M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Manzanero  
Carmen Echávarri Pérez

# Unidad de Rehabilitación

Hemos participado en:

Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis



## 4.2. Rehabilitación

4.2.1. Consideraciones generales

4.2.2. Programas de ejercicios

4.2.3. Medios físicos

4.2.4. Terapias manuales

4.2.5. Balneoterapia

4.2.6. Terapia ocupacional

4.2.7. Dispositivos ortopédicos

4.2.8. Tratamiento multidisciplinario



Actualizada en 2015



Spanish Society of Rheumatology (SER). Clinical practice guideline for the treatment of patients with axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis. Madrid (Spain): Spanish Society of Rheumatology (SER); 2015. 120 p. [222 references]



# Unidad de Rehabilitación

Hemos participado en:

[inforeuma.com/reumafit/](http://inforeuma.com/reumafit/)

2020



## MÓDULO 1

*¿Por qué es importante realizar ejercicio físico?*



## MÓDULO 2

*Tipos de ejercicio en las enfermedades reumáticas*



## MÓDULO 3

*¿Cómo hacer el ejercicio?*



## MÓDULO 4

*¿Hay que tener alguna precaución con el ejercicio?*



## MÓDULO 5

*Ejercicio en diferentes enfermedades reumáticas: ¿qué se recomienda? ¿qué hay que evitar?*



## MÓDULO 6:

*¿Cómo crear un hábito saludable?*



## GLOSARIO



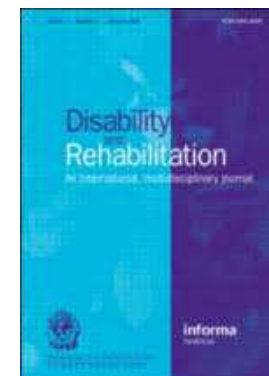
## Autores

- Dra. Raquel Almodóvar. Reumatóloga Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)
- Dr. Mariano Flórez. Rehabilitador Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)
- Dr. Fernando García. Rehabilitador Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)
- Dra. Montserrat Romera. Reumatóloga Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)
- Dr. Pedro Zarco. Reumatólogo Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:

*Virtual reality and video games in cardiac rehabilitation programs. A systematic review. Disabil Rehabil. 2021; 43(4): 448-57.*



*Orthopedic surgery in Rheumatoid Arthritis: Results from the Spanish National Registry of hospitalized patients over 17 years. J Rheumatol. 2020; 47(3): 341-8.*



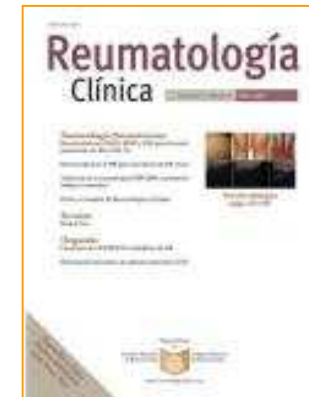
*Effects of virtual reality on cardiac rehabilitation programs for ischemic heart disease: A randomized pilot clinical trial. Int J Environ Res Public Health. 2020. 16; 17: 8472.*



# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:

*Recomendaciones para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis. Reumatol Clin. 2019; 15(2): 77-83.*



*Mortality after osteoporotic hip fracture: incidence, trends, and associated factors. J Orthop Surg Res. 2019; 14(1): 203.*



Segundo Premio de Investigación (ex aequo) a la  
Mejor Publicación de Residentes en 2020 del Hospital  
Universitario Fundación Alcorcón en revista científica  
**Participaron dos Residentes**

# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:

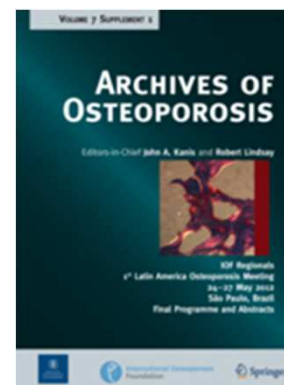
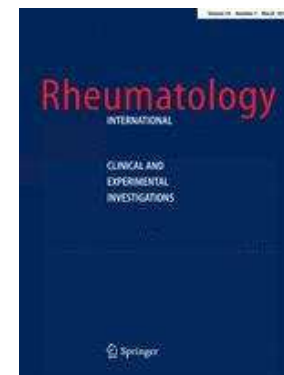
*The EJES-3D tool for personalized prescription of exercise in axial spondyloarthritis through multimedia animations: pilot study.* **Rheumatol Int.** 2018; 38:1277-84.

*Imaginería motora: revisión sistemática de su efectividad en la rehabilitación de la extremidad superior tras un ictus.* **Rev Neurol.** 2018; 66:137-46.

*Weather conditions and their effect on seasonality of incident osteoporotic hip fracture.* **Arch Osteoporos.** 2018; 13(1): 28.

*Short-term association between outdoor air pollution and osteoporotic hip mfracture.* **Osteoporos Int.** 2018; 29: 2231-41.

*Trends in hip fracture in patients with rheumatoid arthritis: results from the Spanish National Inpatient Registry over a 17-year period (1999-2015). TREND-AR study.* **RMD Open.** 2018; 4(1): e000671.



# Unidad de Rehabilitación

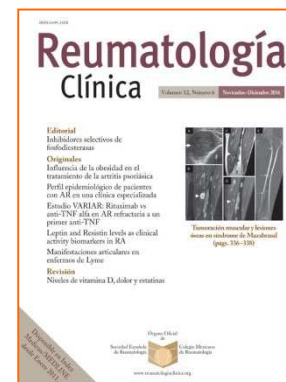
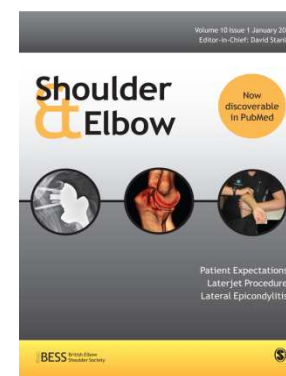
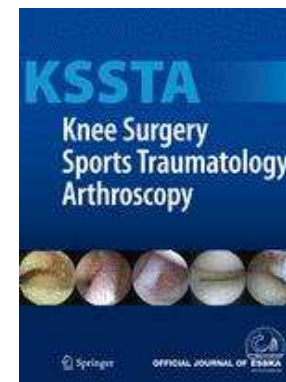
Hemos publicado:

*Revisión sistemática de los cuestionarios autocumplimentados adaptados al español para la valoración funcional de pacientes con patología de cadera.* **Reumatol Clin.** 2018; 14: 372-8

*Efficacy and safety of home-based exercises versus individualized supervised outpatient physical therapy programs after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis..* **Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.** 2017; 25: 3340-53.

*Assessment of cross-cultural adaptations of patient-reported shoulder outcome measures in Spanish: a systematic review.* **Shoulder Elbow.** 2017; 9: 233-46.

*Barreras y facilitadores para la práctica del ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis: estudio cualitativo de grupos focales (EJES-3D).* **Reumatol Clin.** 2017; 13: 91-6.





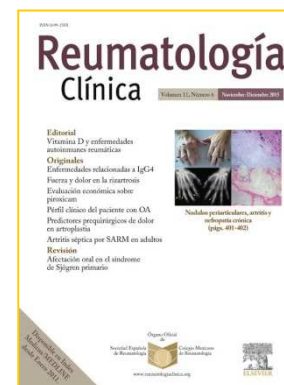
# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:

*Revisión sistemática de los cuestionarios autocumplimentados adaptados al español para la valoración funcional de pacientes con afecciones de rodilla..* **Rev Esp Cir Ortop Traumatol.** 2017; 61: 96-103.



*Aortitis por arteritis de células gigantes y artritis psoriásica: una asociación infrecuente.* **Reumatol Clin.** 2017; 13: 230-2.



*Eficacia de las alternativas de rehabilitación tras el alta hospitalaria en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. Revisión sistemática.* **Rehabilitación.** 2016; 50: 215-23.



Premio SERMEF a la mejor revisión publicada en la revista Rehabilitación (Madr) durante el año 2016

**Participó un Residente**

# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:

*Quality of websites with patient information about spinal cord injury in Spanish. **Spinal Cord.** 2016; 54: 540-5.*

*Opinión de los reumatólogos españoles expertos en espondiloartritis sobre el papel del ejercicio en la espondilitis anquilosante y otras enfermedades reumáticas. **Reumatol Clin.** 2016; 12: 15-21.*

*Outcomes of a multicomponent intervention on occupational performance in persons with unilateral acquired brain injury. **Funct Neurol.** 2016; 31: 109-15*

*Predictores de funcionalidad en el daño cerebral adquirido. **Neurologia.** 2015; 30: 339-46.*

*Legibilidad de los documentos informativos en español dirigidos a lesionados medulares y accesibles por internet. **An Sist Sanit Navar.** 2015; 38: 255-62.*

*¿Qué información sobre su salud buscan los lesionados medulares españoles en Internet?. **Rev Neurol.** 2015; 60: 345-50.*



## FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2013

### ¿Cómo se hace?

#### Exploración del raquis cervical y dorsal

Fernando García Pérez<sup>a,\*</sup> y Mariano Tomás Flórez García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultativo Especialista de Área en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.  
<sup>b</sup>Udo de la Unidad de Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España. Profesor Asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.

\*Correo electrónico: fgarcip@fundacion.es

#### Exploración del raquis cervical

Las alteraciones del raquis cervical pueden originar dolor posterolateral del cuello y, en ocasiones, de las extremidades, con o sin disfunción neurológica. Un dolor en la cara anterior del cuello sugiere causas extramúsculoesqueléticas. El principal reto será determinar si estamos ante un dolor mecánico inespecífico, lo más habitual, o si el dolor forma parte de otros procesos (tabla 1), ya que en muy pocos casos es posible demostrar una etiología específica. La clave para seleccionar las maniobras del examen físico y valorar la necesidad de pruebas complementarias es la anamnesis<sup>1-3</sup>. Conviene interrogar al paciente sobre antecedentes médico-quirúrgicos, características del dolor y presencia de otros síntomas locales o generales como rigidez, cefalea, alteraciones visuales, mareos, vértigos, inestabilidad, parestias, disestesias, debilidad o torpeza en las extremidades, problemas de continencia... Hay síntomas, llamados "de alarma", cuya presencia hace sospechar afecciones graves o susceptibles de tratamiento específico. Aunque para el dolor cervical no se han formulado específicamente, pueden asimilarse a los de la lumbalgia.

**TABLA 1. Señales de alarma (red flags) que nos permiten sospechar, en pacientes con lumbalgia, alteraciones neurológicas graves o con traumatismo espinal (traumatismo, infección, tumor, fractura por compresión...)**

Trastornos musculoesqueléticos o disco-arteriales locales de naturaleza benigna de la región cervical
Cuadros de dolor generalizado
Dolor irradiado procedente de la región del hombro
Dolor visceral referido de origen cardiovascular (cardiopatía isquémica, arteriopatía venérea o coronaria), pulmonar (lesiones del vértice pulmonar como el tumor de Pancoast), ginecológico, digestivo (esofágico, gástrico o hepatobiliar)
Enfermedad grave subyacente (infección vertebral o de estructuras adyacentes, tumor espinal, fractura)
Enfermedades inflamatorias (espondilodistrofia, artritis reumatoide, polimialgia reumática)

Salvo sospecha de afección sistémica o potencialmente grave, casi nunca es necesario realizar una exploración física completa. Debemos hacer siempre un examen básico consistente en inspección, movilidad activa del cuello, palpación y movilidad activa del hombro. Así, comprobamos si el dolor procede o no de la región cervical. Otras exploraciones solo se efectuarán según los datos de la anamnesis<sup>1</sup> o los hallazgos del examen básico. La figura 1 muestra, en esquema, cómo enfocar la exploración física. En función de la sospecha diagnóstica será o no necesario solicitar determinadas exploraciones complementarias. Por ejemplo, si el cuadro clínico y el examen físico del paciente sugieren polimialgia reumática, será preciso realizar una analítica sanguínea que incluya la medición de la velocidad de sedimentación globular.

#### Examen básico

Los aspectos esenciales consumen muy poco tiempo. El paciente estará sentado o de pie.

#### Inspección

Observaremos, desde el principio, el aspecto general, la forma de caminar, la posición de la cabeza y los movimientos cervicales espontáneos. Con el cuello y los hombros descubiertos, buscaremos abultamientos, asimetrías, lesiones cutáneas, deformidades y/o alteraciones posturales. La lordosis cervical normal puede disminuir en dolores intensos, como reacción inespecífica, o aumentar si hay hiperreflexia dorsal<sup>4</sup>. La prominencia central visible donde finaliza la región cervical corresponde a las apófisis espinosas de C7 y D1. Cada músculo esternocleidomastoideo se observa mejor girando el cuello al lado contrario.

#### Movilidad activa del raquis cervical

Solicitaremos al paciente que realice activamente movimientos de flexión ("barbilla al pecho"), extensión ("cabeza hacia atrás, mirando arriba"), rotación a cada lado ("barbilla al hombro homolateral") e inclinaciones laterales ("oreja hacia

### ¿Cómo se hace?

#### Exploración del raquis lumbar y articulaciones sacroilíacas

Fernando García Pérez<sup>a,\*</sup> y Mariano Tomás Flórez García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultativo Especialista de Área en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.  
<sup>b</sup>Udo de la Unidad de Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España. Profesor Asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.

\*Correo electrónico: fgarcip@fundacion.es

#### Exploración del raquis lumbar

Menos del 1-2% de quienes consultan al médico por dolor lumbar (dolor localizado entre los bordes inferiores de los duodécimos arcos costales y los pliegues inguinales) tienen una patología grave subyacente. En un 10-15% adicional resulta posible descubrir causas específicas, pero en más del 80% de pacientes no encontramos alteraciones a las que podamos atribuir el dolor<sup>1</sup>. La valoración clínica debe permitirnos contestar varias preguntas (tabla 1). La principal es si el dolor procede o no de la región lumbar<sup>2</sup>. La presencia de más de uno de los denominados factores de riesgo o señales de alarma (*red flags*) aumenta el grado de sospecha de afecciones graves o susceptibles de tratamiento específico<sup>3,4</sup> (tabla 2).

La aportación al diagnóstico de las pruebas complementarias es muy limitada en la mayoría de los pacientes<sup>1</sup>. No obstante, deben realizarse ante la presencia de *red flags*. En caso de necesidad, la primera exploración radiológica que se solicitará será la radiografía simple en 2 proyecciones (anteroposterior y lateral). Muchos hallazgos radiológicos están

**TABLA 1. Preguntas que es necesario contestar en la valoración clínica de un paciente con lumbalgia**

¿Tiene el dolor su origen en las estructuras anatómicas de la parte baja de la espalda o es un dolor procedente de la articulación de la cadera o referido de origen visceral (gastrointestinal, ginecológico, vascular...)?
¿Existe una enfermedad grave subyacente?
¿Existe una afección neurológica asociada?
¿Se trata de un dolor de características inflamatorias?
¿Se trata de un dolor que forma parte de un cuadro de dolor generalizado?

**TABLA 2. Señales de alarma (red flags) que nos permiten sospechar, en pacientes con lumbalgia, alteraciones neurológicas graves o con traumatismo espinal (traumatismo, infección, tumor, fractura por compresión...)**

Dolor intenso en pacientes con edad < 18 años o > 55 años
Dolor que dura más de 6-8 semanas y que no ha cedido con tratamiento médico
Imposibilidad, debido al dolor, de permanecer quieto o de estar de pie o sentado
Dolor nocturno, constante y/o progresivo
Fiebre o sensación de frío
Sudoración nocturna
Pérdida inapropiada de peso (más de 4,5 kg en 3 meses)
Traumatismo importante o, en caso de ancianos, leve
Tratamiento con corticoides sistémicos
Historia de cáncer, de uso de drogas intravenosas o de osteoporosis
Inmunodepresión
Infección bacteriana reciente (sepsis, neumonía, infección del tracto urinario...)
Exploraciones o manipulaciones recientes sobre el tracto gastrointestinal o urinario
Retención de orina o incontinencia urinaria o fecal
Limitación muy importante y persistente de la movilidad lumbar
Dolor selectivo a la presión sobre apófisis espinosas vertebrales
Deficit neurológico, motor o sensitivo, intenso o progresivo
Alteración de la marcha
Anestesia en silla de montar

\*La mayoría son datos que se obtienen a través de la anamnesis.

más relacionados con la edad que con el dolor lumbar. Las modernas pruebas de imagen, aunque ofrecen información esencial en algunos casos, identifican un gran número de "anomalías" que a menudo no tienen ninguna relación con

# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:



FMC. Formación médica  
continuada en atención primaria

Volumen 16  
Extraordinario **1**  
2009



## Ejercicios y otros recursos de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria

1. Introducción a la fisioterapia en Atención Primaria
  2. Espalda
  3. Miembro superior
  4. Miembro inferior
  5. Otras patologías
  6. Estrategias para mejorar el cumplimiento del ejercicio
  7. Anexos
- Test de autoevaluación



# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado:



<http://www.fundacionmapfre.org>

*PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR*, 2005; 3 (2): 120-131

ORIGINAL

**Diseño y desarrollo de una aplicación informática para la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry**

***Design and development of computer-aided application for the Oswestry Disability Index***

*Este trabajo ha sido financiado a través de una beca de investigación de la FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA.*

<sup>1</sup> Jefe Unidad de Rehabilitación Fundación Hospital Alcorcón (FHA), Alcorcón (Madrid). Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos (URJC), Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup> Médico Especialista en Rehabilitación FHA. Profesor asociado URJC.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta FHA. Profesor asociado URJC.

Flórez García M. T. <sup>1</sup>

García Pérez F. <sup>2</sup>

Alcántara Bumbiedro S. <sup>2</sup>

Echávarri Pérez C. <sup>2</sup>

Urraca Gesto A. <sup>3</sup>

Alañón Caballero J. <sup>3</sup>

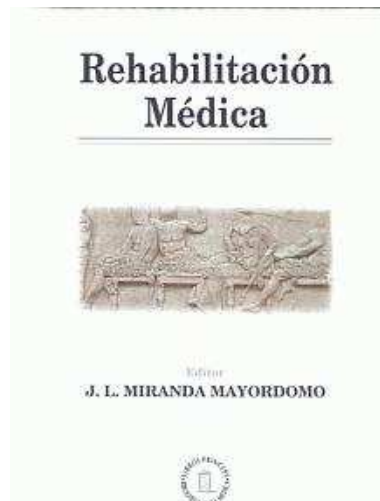
Martín Valle B. <sup>3</sup>

Galardonado, en el 43 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (Valencia, mayo 2005) con el premio al mejor trabajo presentado sobre rehabilitación laboral – aparato locomotor.



# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:



**2005**

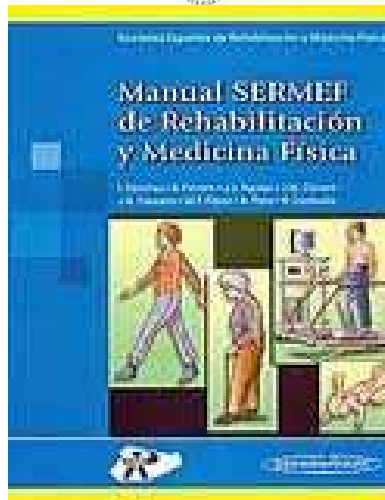
## Capítulos:

- Tecnología en rehabilitación: ayudas técnicas
- Medios terapéuticos en Rehabilitación (IV): ortesis y prótesis
- Rehabilitación de tendinitis, tenosinovitis y bursas articulares

**2006**

## Capítulos:

- Dolor músculo-esquelético generalizado. Fibromialgia.
- Dolor lumbar
- Dolor de hombro
- Dolor de cadera
- Dolor de rodilla
- Dolor de tobillo y pie
- Medicación (I): Analgésicos no opioides. Antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotectores. Medicación analgésica tópica. Analgésicos opioides.
- Medicación (II): Relajantes musculares, antidepresivos y anticonvulsivantes.



**Participaron Residentes como coautores en varios capítulos**

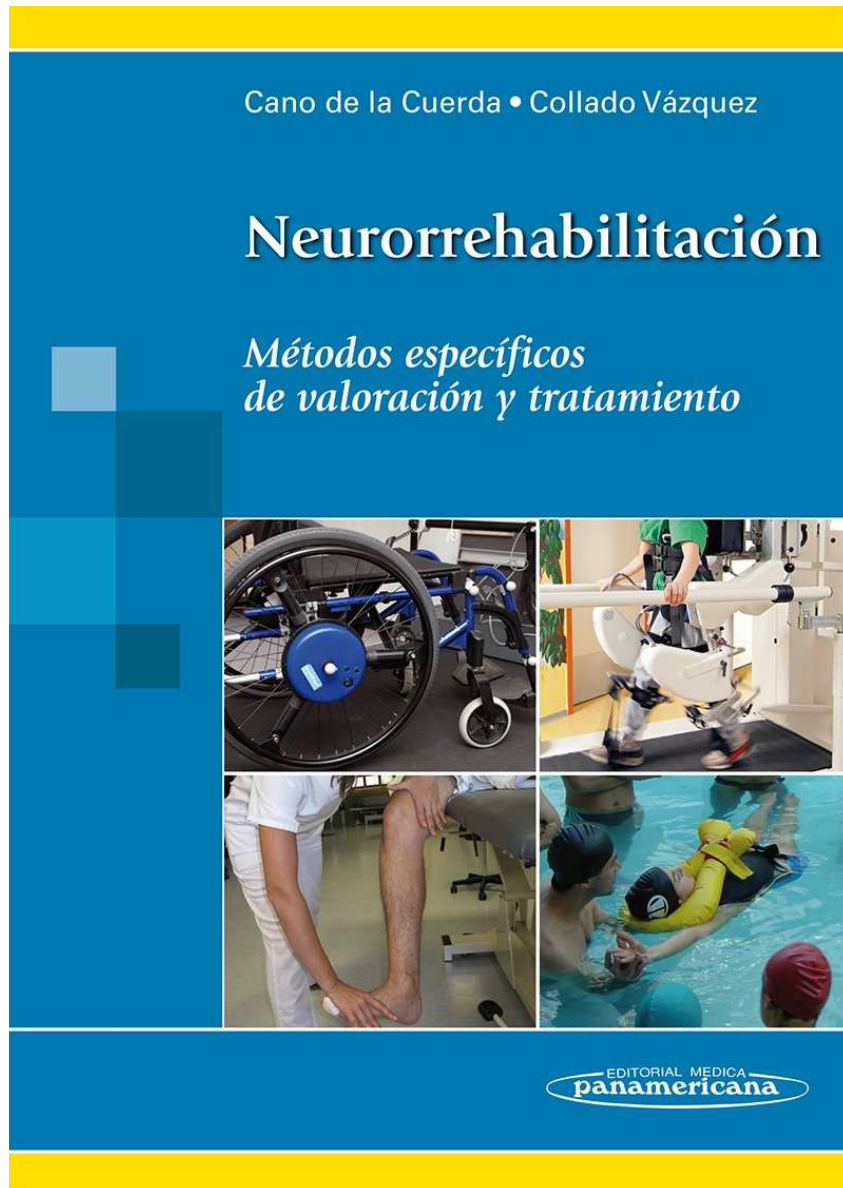
# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:

2012

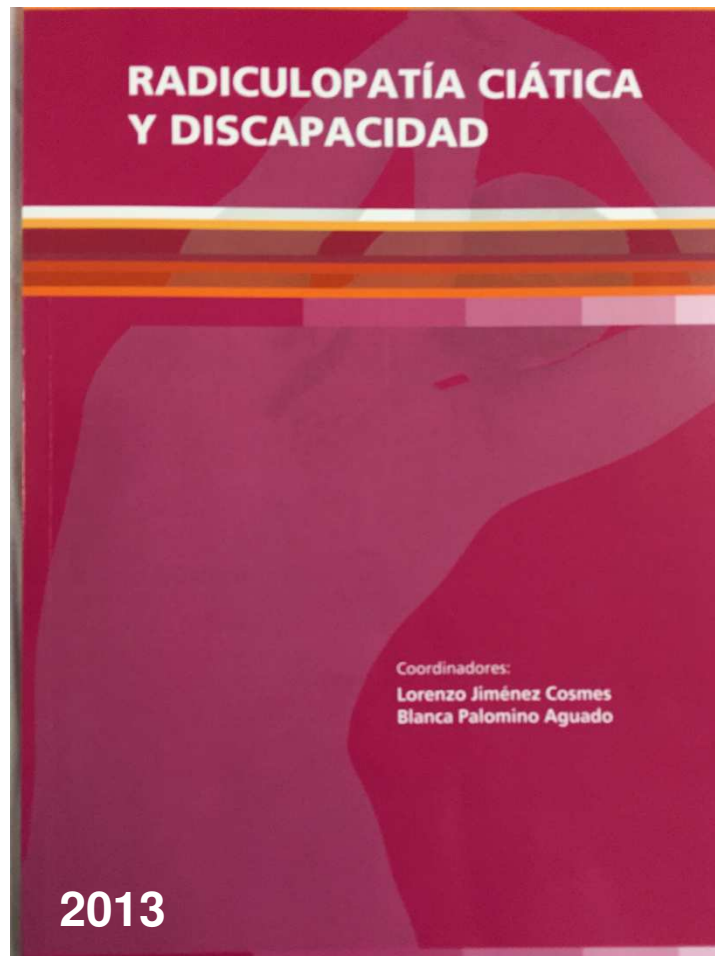
## Capítulos:

- Ciencias de la salud basadas en la evidencia: aportaciones a la neurorrehabilitación
- Aprendizaje motor: teorías y técnica
- Análisis isocinético
- Reaprendizaje motor orientado a la tarea
- Terapia por restricción del lado sano

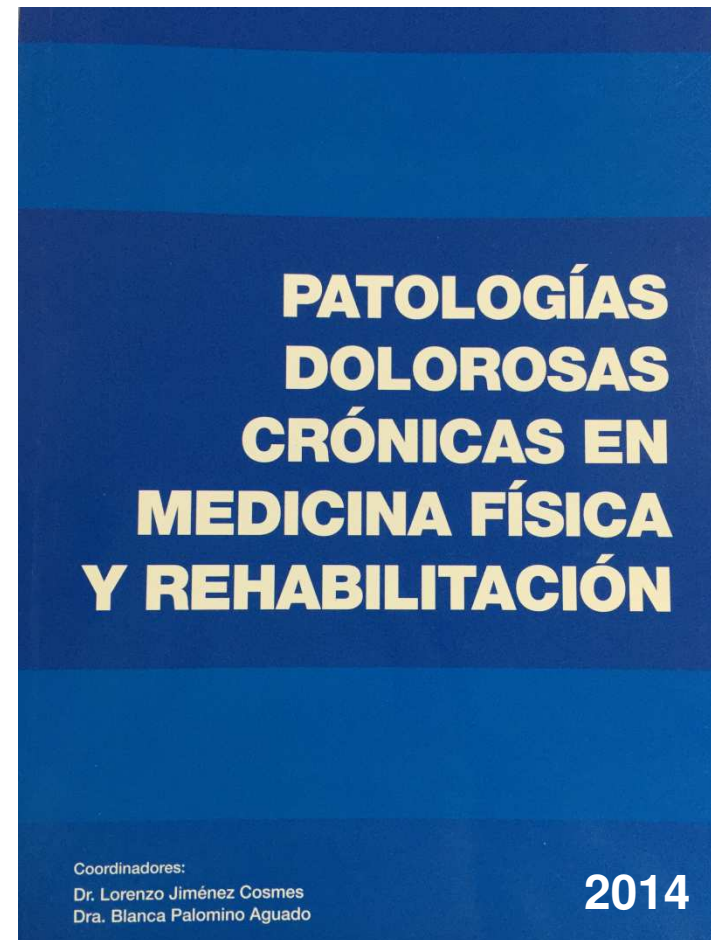


# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:



Capítulo: Historia natural de la hernia de disco lumbar



Capítulo: Rotura completa del manguito rotador y rotura degenerativa del menisco

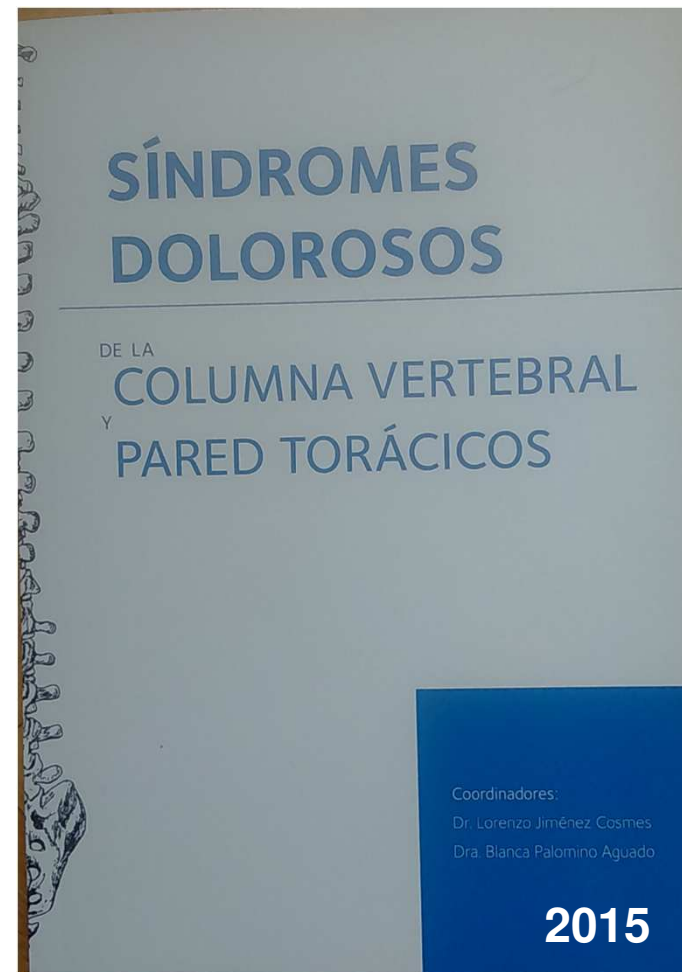
**Participaron Residentes**

# Unidad de Rehabilitación



Capítulo: Rehabilitación de las enfermedades reumáticas

Hemos publicado en:



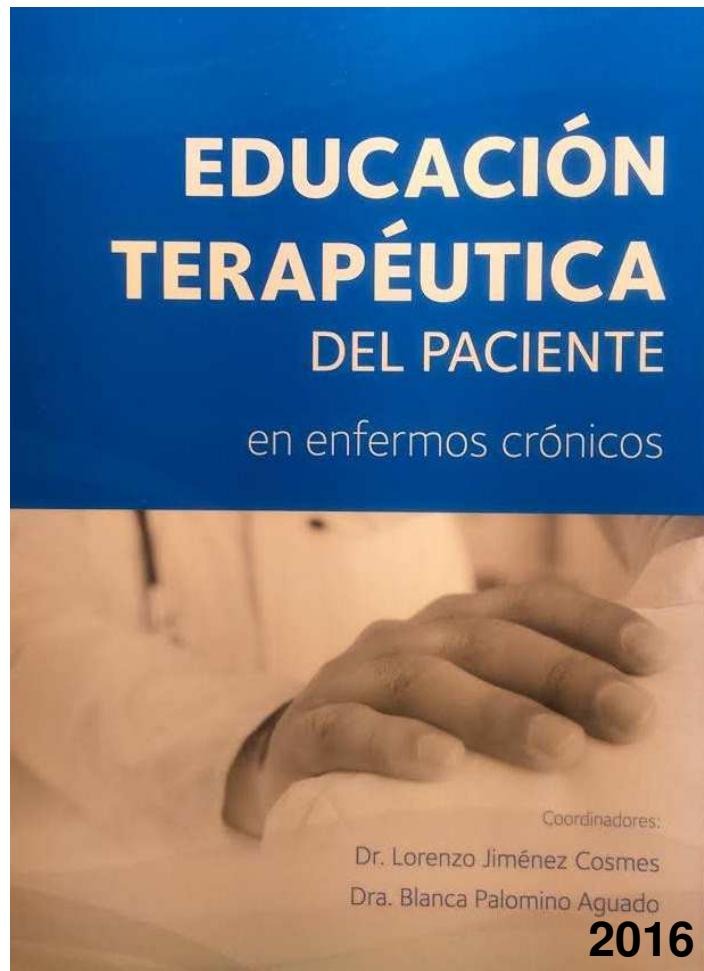
Capítulo: Hipercifosis del anciano

**Participó un Residente**



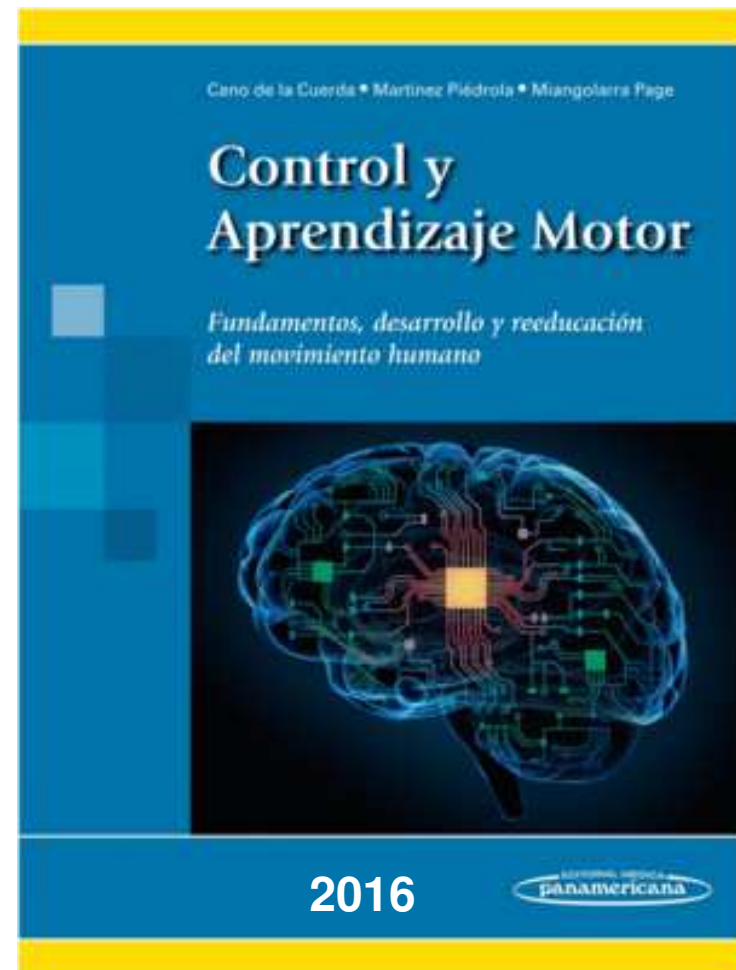
# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:



Capítulo: Educación terapéutica del paciente en gonartrosis

**Participó un Residente**



Capítulo: Estrategias terapéuticas basadas en teorías del control motor



# Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:



Capítulo: Tratamiento del paciente con artrosis de rodilla

**Participaron Residentes**

# Unidad de Rehabilitación

Hemos organizado  
seminarios y  
talleres en  
congresos:



52

Congreso de la Sociedad Española  
de Rehabilitación y Medicina Física  
Del 7 al 10 de mayo de 2014  
Palacio Euskalduna · Bilbao



Tratamiento con ejercicios de las rotura degenerativa del menisco y de la rotura de espesor completo del manguito rotador. ¿Por qué? ¿Cuándo? y ¿Cómo?.



Síndrome subacromial. Programas de ejercicios.

# Unidad de Rehabilitación

Hemos elaborado:

## INFORMACIÓN

### ¿QUÉ ES LA TORTICOLIS?

Es la posición que adopta la cabeza del niño, inclinada hacia un lado con la barbilla girada hacia el lado contrario. Suele ser postural o aparecer cuando hay un acortamiento o retracción del músculo esternocleidomastoideo (ECM).

### ¿CÓMO SE TRATA?

Para su tratamiento es fundamental conocer las posturas más adecuadas para el niño. Si su hijo es mayor de 3 meses, debe estimular el movimiento activo del cuello al lado afectado. Se deben realizar ejercicios suaves de estiramiento del músculo afectado. Encontrará la información en este folleto.

### ¿CUÁNTO TIEMPO DEBO MANTENER EL ESTIRAMIENTO?

Depende de su niño. Algunos toleran bien los ejercicios desde el principio y otros lloran al inicio. Si la tolerancia es buena, mantenga el estiramiento progresivo hasta 10 segundos. Si se resiste o llora, inténtelo más tarde. No haga el estiramiento mientras come o duerme.

### ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

Si el niño los tolera bien, en cada cambio de pañal puede ser una buena opción. Para el niño formará parte de los cuidados-juego. Realice alrededor de 5 a 10 repeticiones cada vez.

Galardonado con el premio al mejor tríptico informativo para pacientes y familiares

## TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA



IZQUIERDA

UNIDAD DE REHABILITACIÓN,  
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

51º Congreso  
**SERMEF**  
Salamanca

Del 29 de Mayo al 1 de Junio 2013  
Palacio de Congresos

Participó un Residente



# Unidad de Rehabilitación

Hemos elaborado:

## ¿Qué es y cómo se trata el síndrome del túnel cubital?

El túnel cubital es un espacio situado en la cara interna del codo por el que pasa el nervio cubital para llegar al antebrazo.

Cuando el nervio es comprimido a nivel del codo aparecen los síntomas.

Inicialmente usted puede sentir adormecimiento en el 5º dedo y en la mitad del 4º dedo, así como dolor en el codo y el antebrazo. También puede notar sensación de pérdida de destreza o de debilidad en la mano.

En este tríptico se exponen las posturas aconsejables y aquellas que debe evitar en su vida diaria, para conseguir que sus síntomas mejoren.

Galardonado con el premio al mejor tríptico informativo para pacientes y familiares

# 52

Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física  
Del 7 al 10 de mayo de 2014  
Palacio Euskalduna · Bilbao

### Posturas recomendadas

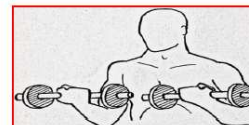


No mantenga durante periodos prolongados el codo flexionado.

Si tiene que hacerlo, no lo doble más de 45°.



### Debe evitar



- Realizar movimientos repetidos de flexión y extensión del codo.
- Recibir presión sobre la cara interna del codo.
- Efectuar actividades que le agraven los síntomas, salvo para actividades esenciales como peinarse, bañarse o vestirse...
- Flexionar el codo más de 90°.



## Síndrome del Túnel Cubital



¿Cómo podemos evitarlo?

Participaron Residentes

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) es una corriente eléctrica alterna de baja frecuencia. Su principal indicación es como tratamiento aislado o coadyuvante del dolor músculo esquelético y neuropático. Existe la idea de que en todos los pacientes portadores de marcapasos existe la contraindicación absoluta de aplicación de esta modalidad terapéutica. Pero si analizamos profundamente los diferentes aspectos relacionados se podría aplicar en algunos pacientes seleccionados. Nuestro objetivo es proponer un algoritmo de actuación para la aplicación de TENS endeterminados pacientes, a propósito de un caso atendido en nuestro servicio de Rehabilitación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 77 años. Portadora de marcapasos VDD (marcapasos con estimulación ventricular pero con capacidad de sensado tanto auricular como ventricular) desde hacía 10 años. Refería dolor lumbar irradiado a ambos muslos de años de evolución. Empeoraba con los movimientos y mejoraba con reposo. En ocasiones interfería el sueño. No mejoraba con analgésicos orales. No se había aplicado calor local. A la exploración presentaba limitación de la movilidad lumbar por dolor y palpación dolorosa en musculatura paravertebral lumbar. No signos radiculares. En las radiografías simples de columna lumbar presentaba signos artrósicos moderados.



## RESULTADOS

Tras revisar diferentes parámetros como el tipo de dispositivo intracardiaco implantado y su sensibilidad a interferencias, la localización del dolor y la dependencia del paciente al dispositivo, se decidió la aplicación de TENS, con mejoría de la clínica y sin evidencia de interferencias en el funcionamiento de su marcapasos.

## CONCLUSIONES

El marcapasos no debería ser una contraindicación absoluta del TENS. Ante una posible indicación de TENS en un paciente portador de marcapasos es esencial una evaluación individual del paciente y de los parámetros dependientes del dispositivo implantado. Proponemos un algoritmo de actuación para la aplicación de TENS de forma ambulatoria en casos seleccionados.

**Hemos elaborado:**



Palacio de Congresos y Exposiciones de Cádiz

**Aplicación de TENS en  
pacientes con marcapasos  
¿Contraindicación absoluta  
o sólo relativa?**

**Galardonado con el primer  
premio al mejor cartel  
científico**

**Participaron Residentes**



# Unidad de Rehabilitación

Galardonado con el premio al mejor tríptico informativo para pacientes y familiares

Hemos elaborado:



## EJERCICIOS TRAS FRACTURA DE TOBILLO



Los contenidos de este cuadernillo le ayudarán a mejorar la movilidad y función de su tobillo tras la retirada del yeso o vendaje

En los dibujos de ejemplo el tobillo afectado es el izquierdo

Mientras tenga limitada la movilidad del pie colgando, estos dos ejercicios:

- a) Dibuje en el aire las letras del abecedario moviendo el tobillo y utilizando el dedo gordo del pie como si fuese el lápiz. Haga cada vez movimientos más amplios.  
(Dibuje 30 letras 2 veces al día)



- b) Mueva el tobillo en todas direcciones (abajo, arriba, hacia dentro y hacia fuera) manteniendo la posición final unos 5 segundos.  
(Realice 30 repeticiones de cada uno 2 veces al día)



Además debe hacer otros tres ejercicios al día, uno de cada uno de los tres grupos siguientes:

1. Movilidad y fuerza

2. Dar pasos

3. Carga y equilibrio

Comience por el ejercicio A de cada categoría y pase al siguiente cuando complete, sin dificultad, 3 series de 10 repeticiones del ejercicio (a excepción del ejercicio 1-A que comprende a su vez 4 ejercicios de los que hará 10 repeticiones de cada uno al día). Si nota dolor o hinchazón no los haga seguidos y aplíquese frío local.

Participaron Residentes

# Unidad de Rehabilitación

Galardonado con el premio de información para pacientes y familiares

Hemos elaborado:



Este folleto cuenta con un sistema de realidad aumentada:



Si desea ver los videos asociados a los ejercicios, siga los siguientes pasos:

1. Descargue la aplicación gratuita Aurasma desde su dispositivo IOS o Android.
2. Busque unidadhombro en la casilla "descubrir auras" y siganos.
3. Enfoque con la cámara de su dispositivo móvil a través de la aplicación, sobre el dibujo del ejercicio, para visualizar el video correspondiente.



**Participó un Residente**

Información para  
pacientes con  
**ROTURA MASIVA  
DEL MANGUITO  
ROTADOR**



Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

CONSULTA EL FOLLETO EN NUESTRA WEB  
[www.unidadhombro.com](http://www.unidadhombro.com)

VERSIÓN MÓVIL



# Unidad de Rehabilitación

Hemos elaborado:



## INTRODUCCIÓN

Para diagnosticar el dolor lumbar mecánico suelen ser suficientes la anamnesis y el examen físico. Si el dolor persiste la resonancia magnética (RM) permite descartar patologías graves. Sus hallazgos, habitualmente, no influyen en las decisiones terapéuticas. Una excepción es cuando el paciente describe un dolor localizado y en la radiografía simple se observa una anomalía de transición lumbosacra.

Autor 1: Mariano Tomás Flórez García (1)  
Autor 2: Fernando García Pérez (1)

Autor 3: Irene Pérez Porta (1)  
Autor 4: Ángel Luis Bueno Horcajadas (2)

¿Qué puede aportar la resonancia magnética en un dolor lumbar de ritmo mecánico?

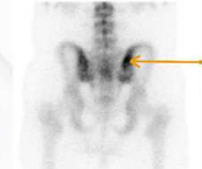
## OBSERVACIÓN CLÍNICA



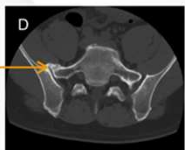
Varón de 52 años con lumbalgia de ritmo. Presentaba limitación, por dolor, de la flexión iliolumbar derecha. Se realizó infiltración de transitoria. Al observar en la radiografía una Castelli se solicitó gammagrafía ósea a polo superior de la articulación sacroiliaca d. edema subcondral en la parte anterior de la articulación. Se realizó infiltración con anestésico y corticoide, guiada por TC, accediendo por vía posterior hasta la zona de hiperintensidad. El paciente mejoró gradualmente.



Imagen RM SE T1 coronal a la articulación S1. Anomalia de transición lumbosacra, con sindesmosis entre las apófisis transversas de L5 y ala sacra bilateral.



Gammagrafía ósea: Aumento de captación en margen superior de sacroiliaca derecha.



Axial TC: Imagen por el margen superior de articulaciones sacroiliacas con el paciente en prono. Puente osteofitario en el lado derecho.



Infiltración TC dirigida del margen superior de sacroiliaca derecha, con abordaje posterior. Se utilizó una aguja 22G de 20 cms de longitud.

¿Qué puede aportar la resonancia magnética en un dolor lumbar de ritmo mecánico?

Aplicación informática para la prescripción personalizada de ejercicios a pacientes con patologías de hombro

## Síndrome Subacromial

Galardonado con el premio de "aplicaciones y telemedicina"

## CONCLUSIONES

Las anomalías de transición lumbosacra pueden asociarse a dolor y sobrecarga local (síndrome de Bertolotti). Los síntomas suelen aparecer en la neoarticulación de la apófisis transversa con el sacro o, más rara vez, en la interapofisaria contralateral. La zona de sobrecarga puede producir dolor, aumentar la captación gammagráfica y mostrar edema en la RM. La localización del dolor y la sobrecarga en la parte anterior de la sacroiliaca, con confirmación radiológica, no había sido descrita previamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Nevalainen MT, McCarthy E, Morrison WB, Zoga AC, Roedel JB. Lumbosacral transitional vertebrae: significance of local bone marrow edema at the transverse process. Radiol. 2018; Feb 16. doi: 10.1007/s00256-018-2900-1. [Epub ahead of print]
- Furman MB, Wahlberg B, Cruz EJ. Lumbosacral Transitional Segments: An Interventional Spine Specialist's Practical Approach. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2018; 35-48. doi: 10.1016/j.pmr.2017.08.004.
- Illeaz OG, Atici A, Ulger EB, Kulcu DG, Ozkan FU, Aktas I. The transitional vertebra and sacroiliac joint dysfunction association. Eur Spine J. 2018 Jan; 27(1): 11. doi: 10.1007/s00586-016-4879-4.
- Gilmanec J, Varin S, Cozic C, Tanguy G, Votheau C, Montigny P et al. Efficacy of local glucocorticoid after local anesthetic in low back pain with lumbosacral transitional A randomized placebo-controlled double-blind trial. Joint Bone Spine. 2017; May 8. pii: S1297-319X(17)30088-X. doi: 10.1016/j.jbspin.2017.05.003. [Epub ahead of pri]

Programa básico >

Programa básico Escapular Rotación interna >

Programa básico Escapular >

Escapular Estiramiento >

Programa completo >



Rotación externa de hombro con banda elástica



Abducción de hombro con banda elástica



# Unidad de Rehabilitación

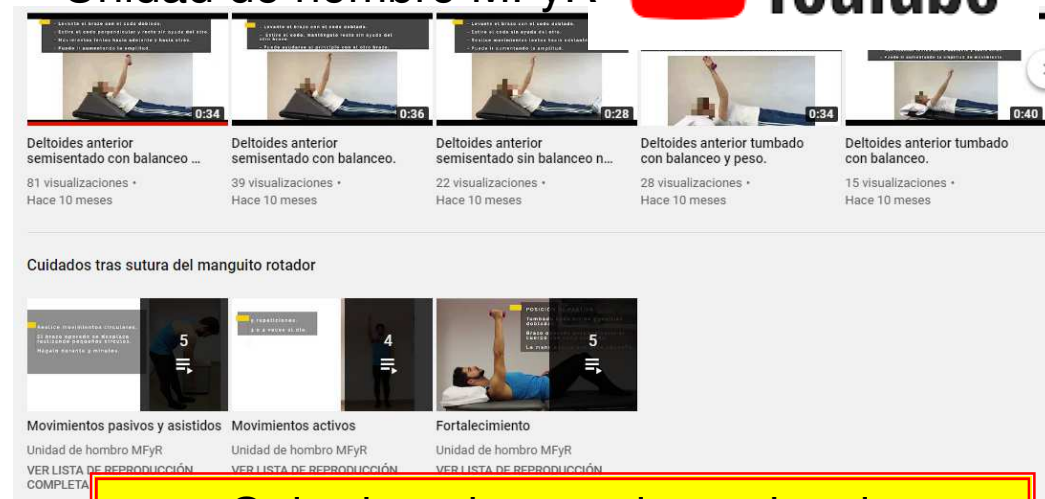
Hemos elaborado:



Rehabilitación tras cirugía  
por rotura del manguito  
rotador

Galardonado con el premio de  
información para pacientes y familiares

Unidad de hombro MFyR



Youtube: una herramienta con  
gran potencial para mejorar la  
práctica asistencial y la formación

Galardonado con el premio a la  
innovación tecnológica en Rehabilitación

**Participaron Residentes**

# Unidad de Rehabilitación

¿Es útil YouTube para aprender a explorar el hombro? El ejemplo del signo de Neer

YouTube



Galardonado con el primer premio a la mejor comunicación científica

Hemos elaborado:



73ª Jornada Científica de  
la Sociedad Centro de  
Rehabilitación

**Metabolismo y  
rehabilitación**  
**14/06/2019**



**Hospital Universitario  
La Paz**  
Hospital Carlos III  
Hospital Cantoblanco



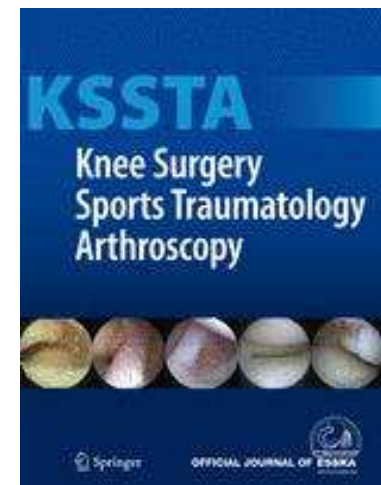
# Unidad de Rehabilitación



**Premio a la mejor publicación de 2016 en la categoría de primer autor**  
del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

*Efficacy and safety of home-based exercises versus individualized supervised outpatient physical therapy programs after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. **Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.** 2017; 25: 3340-53.*

**Participó un Residente**

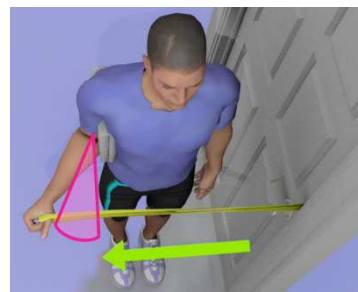
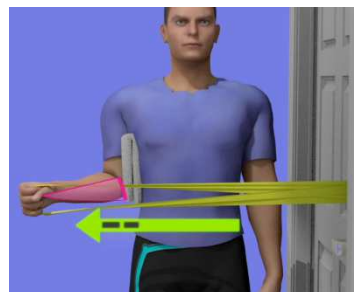


# Unidad de Rehabilitación



**Premio Ayudas a la Investigación 2017**  
del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)  
al proyecto

**Eficacia de una aplicación web con animaciones multimedia para la instrucción de ejercicios terapéuticos en el dolor de hombro**



# Unidad de Rehabilitación

Estamos desarrollando un proyecto FIS

“Eficacia de una aplicación web con animaciones multimedia para la instrucción de ejercicios terapéuticos en dolor de hombro” financiado por el Fondo de Investigaciones Científicas FIS (acción estratégica en Salud 2019 del Ministerio de Ciencia, Salud y Universidades)



# Unidad de Rehabilitación

Hemos sido nominados en 2019:

## IV Premios Redacción Médica a la Sanidad de la Comunidad de Madrid

Madrid, 2 de abril de 2019



Nominación, en la categoría de innovación tecnológica, en la Cuarta edición de los premios Redacción Médica a la sanidad de la Comunidad de Madrid (organizados por Sanitaria 2000) por la elaboración de “Aplicación informática para la prescripción personalizada de ejercicios a pacientes con patologías de hombro”.

Abril 2019.



**Os esperamos**