

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

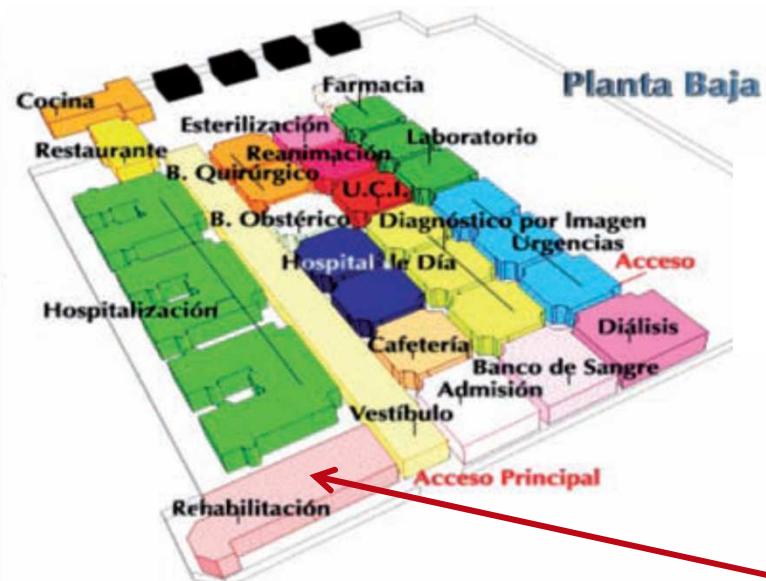
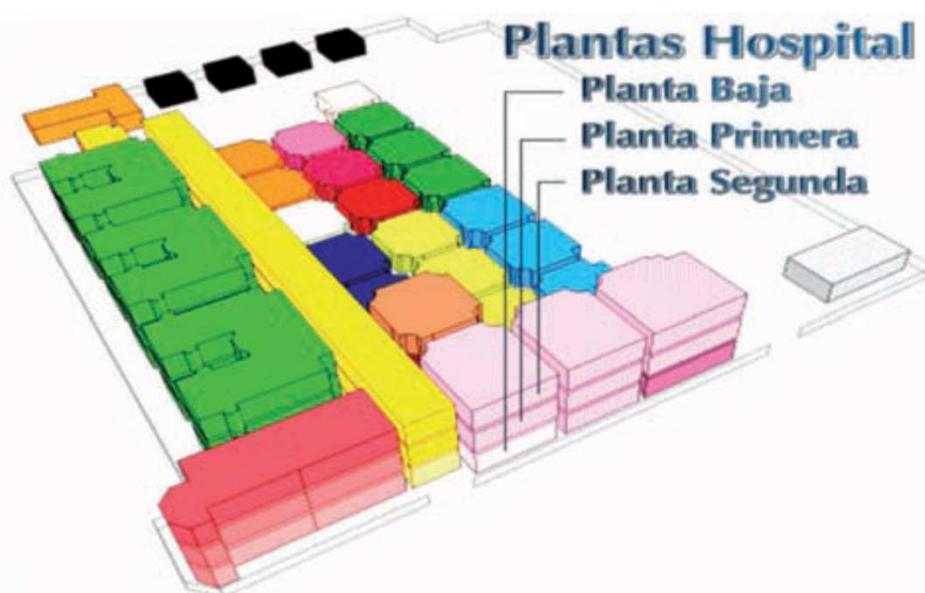
Irene Pérez Porta



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

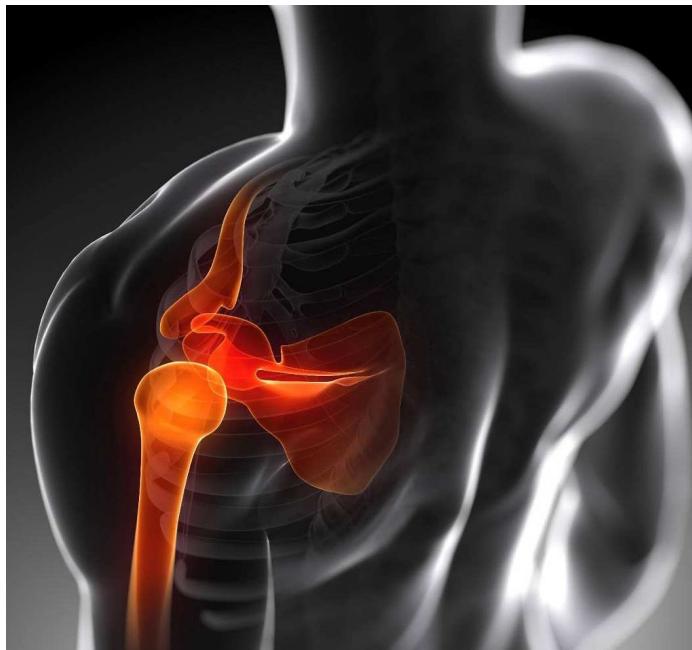


Unidad de Rehabilitación

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

Se ha incorporado Foniatria y Rehabilitación Cardiaca 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 Parapléjicos 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

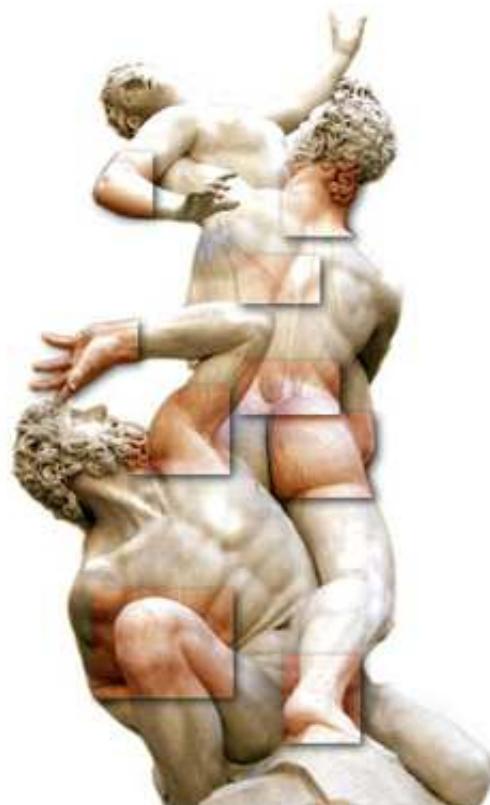
<http://www.sermef.es>

PROGRAMAS DE EJERCICIOS

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN



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
Epitrocleitis

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. 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/

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



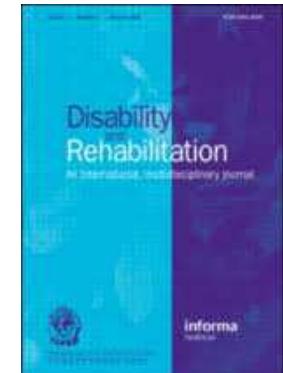
Autores

- 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; 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.



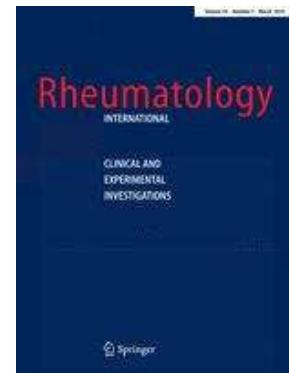
Segundo Premio de Investigación (ex aqueo) a la Mejor Publicación de Residentes en 2020 del Hospital Universitario Fundación Alcorcón en revista científica

Participaron dos Residentes

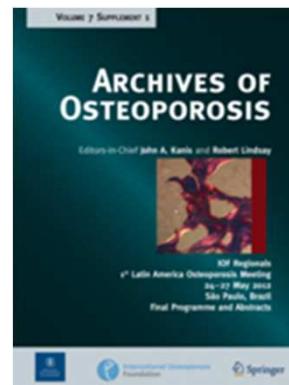
Unidad de Rehabilitación

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.



Imagería 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 fracture. **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

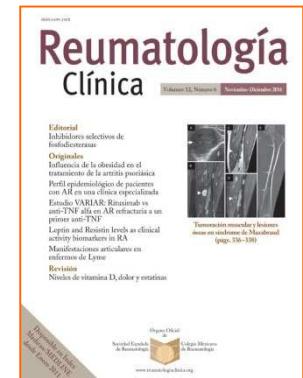
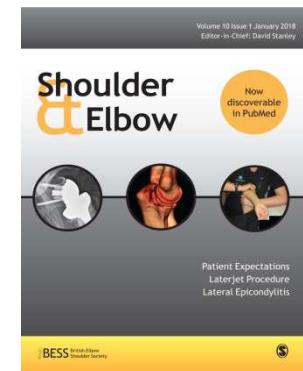
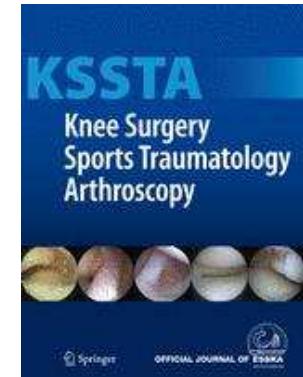
Hemos publicado:

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.

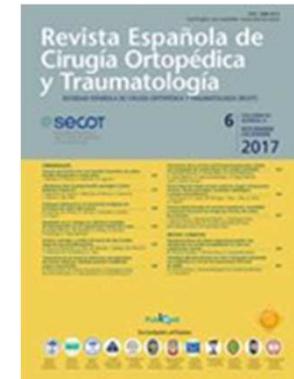
Barreras y facilitadores para la práctica del ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis: estudio cualitativo de grupos focales (EJES-3D). **Reumatol Clin.** 2017; 13: 91-6.



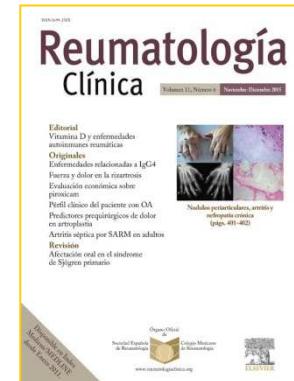
Unidad de Rehabilitación

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.

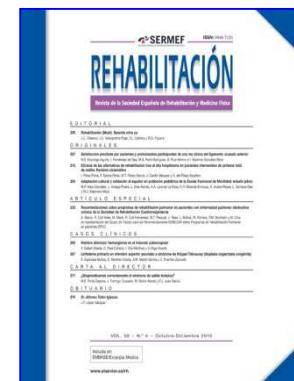


Aortitis por arteritis de células gigantes y artritis psoriásica: una asociación infrecuente. Reumatol Clin. 2017; 13: 230-2.



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.



Unidad de Rehabilitación

FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2013

¿Cómo se hace?

Exploración del raquis cervical y dorsal

Fernando García Pérez^{a,*} y Mariano Tomás Flórez García^b

^aFacultativo Especialista de Área en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.
Jefe de la Unidad de Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. Profesor Asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.
^bDpto electrónico: fgarcia@halcorcon.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 extraraquídeas. 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 anamnesis¹⁻³. Conviene interrogar al paciente sobre antecedentes médico-quirúrgicos, características del dolor y presencia de otros síntomas locales o generales como rigidez, cefaleas, alteraciones visuales, mareos, vértigos, inestabilidad, parestesias, disestesias, debilidad o tonta 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 assimilarse a los de la lumbaría.

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 hombre. Así, comprobamos si el dolor procede o no de la región cervical. Otras exploraciones solo se efectuarán según los datos de la anamnesis³ 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 poliformalgia numática, 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 hipercinésia dorsal². La prominencia central visible donde finaliza la región cervical corresponde a las apófisis espinosas de C7 y D1. Cada músculo esternocleidomastideo 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

TABLA 1. Exámenes clínicos que pueden presentarse con dolor de cuello como síntoma principal o asociado

Trastornos musculoesqueléticos o disco-ligamentosos locales de naturaleza benigna de la región cervical
Cuadros de dolor generalizado
Dolor irradiado procedente de la región del hombro
Dolor visceral reflejo de origen cardiovascular (cardiopatía isquémica, arteriopatía vertebral o carotídea), pulmonar (lesiones del vriesco pulmonar como el tumor de Pancoast), hígado, digestivo (estreñimiento, gastritis o hepatopatías)
Enfermedades graves subyacentes (infección vertebral o de estructuras adyacentes, tumor espinal, fractura)
Enfermedades inflamatorias (espondilitis/osteoartropatía, artritis reumatoide, politraumatismo)

¿Cómo se hace?

Exploración del raquis lumbar y articulaciones sacroiliacas

Fernando García Pérez^{a,*} y Mariano Tomás Flórez García^b

^aFacultativo Especialista de Área en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.
Jefe de la Unidad de Rehabilitación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. Profesor Asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.
^bDpto electrónico: fgarcia@halcorcon.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 arcus costales y los pliegues infraglúteos) 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 dolor¹. La valoración clínica debe permitirnos contestar varias preguntas (tabla 1). La principal es si el dolor procede o no de la región lumbar². 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^{1,4} (tabla 2).

La aportación al diagnóstico de las pruebas complementarias es muy limitada en la mayoría de los pacientes¹. 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 2. Señales de alarma (*red flags*) que nos permiten sospechar, en pacientes con hemiplaga, afecciones potencialmente graves o con tratamiento específico (hemiplaga, infeción vertebral, lesiones perivasculares...)*

Dolor intenso en pacientes con edad < 18 años o > 55 años
Dolor que dura más de 6-8 semanas y que no ha corrido 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 sarsacilla de triaje
Sudación nocturna
Pérdida inexplicable 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 drogas
Inmunodepresión
Infección bacteriana reciente (dermatitis, neumonía, infección del tracto urinario...)
Exploraciones o manipulaciones recientes sobre el tracto gastrointestinal o urinario
Relación de orina o incontinencia urinaria o fecal
Lumbago muy intenso y persistente de la mitad 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 mayor parte de datos que no 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

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

¿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 reflejo de origen visceral (gastrointestinal, gástrico-mental, vesicular...)?
¿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?

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.

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

² Médico Especialista en Rehabilitación FHA. Profesor asociado URJC.

³ Fisioterapeuta FHA. Profesor asociado URJC.

Flórez García M. T.¹

García Pérez F.²

Alcántara Bumbiedro S.²

Echávarri Pérez C.²

Urraca Gesto A.³

Alañón Caballero J.³

Martín Valle B.³

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

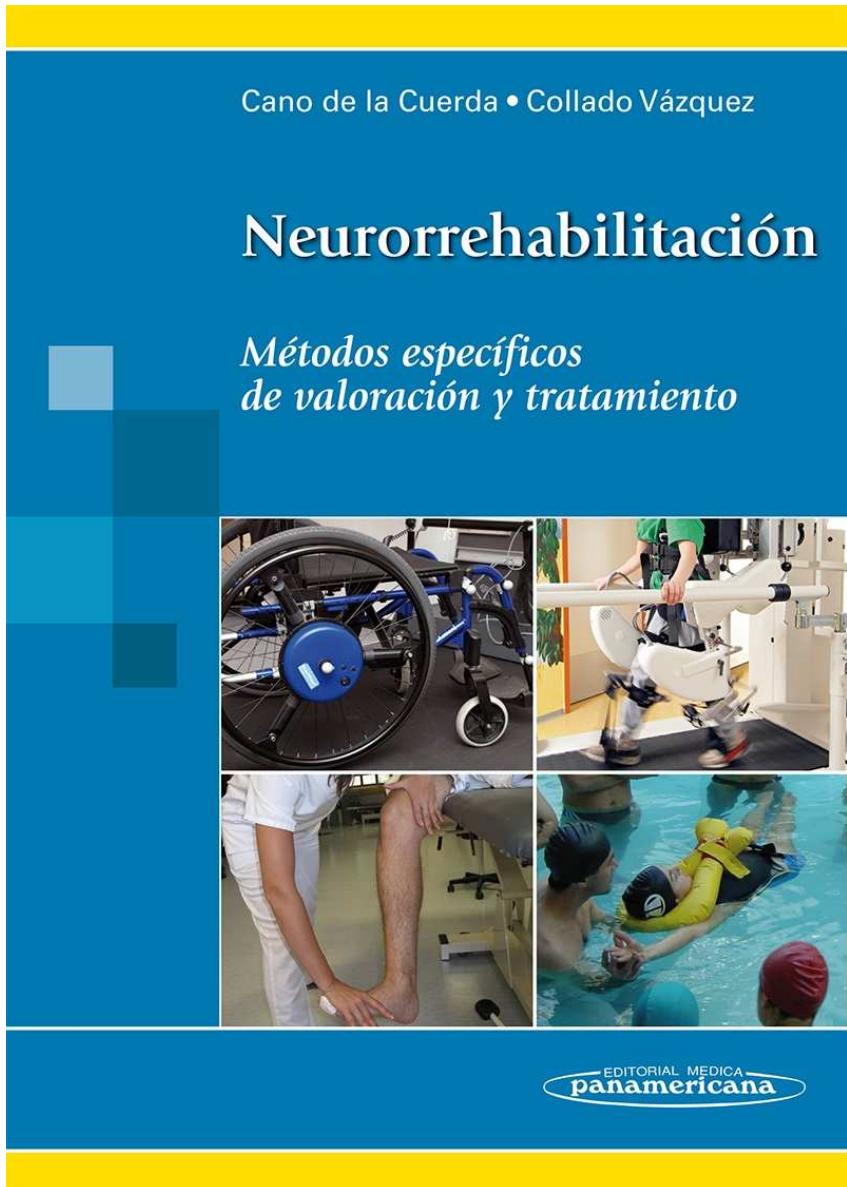
Capítulos:

- 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:



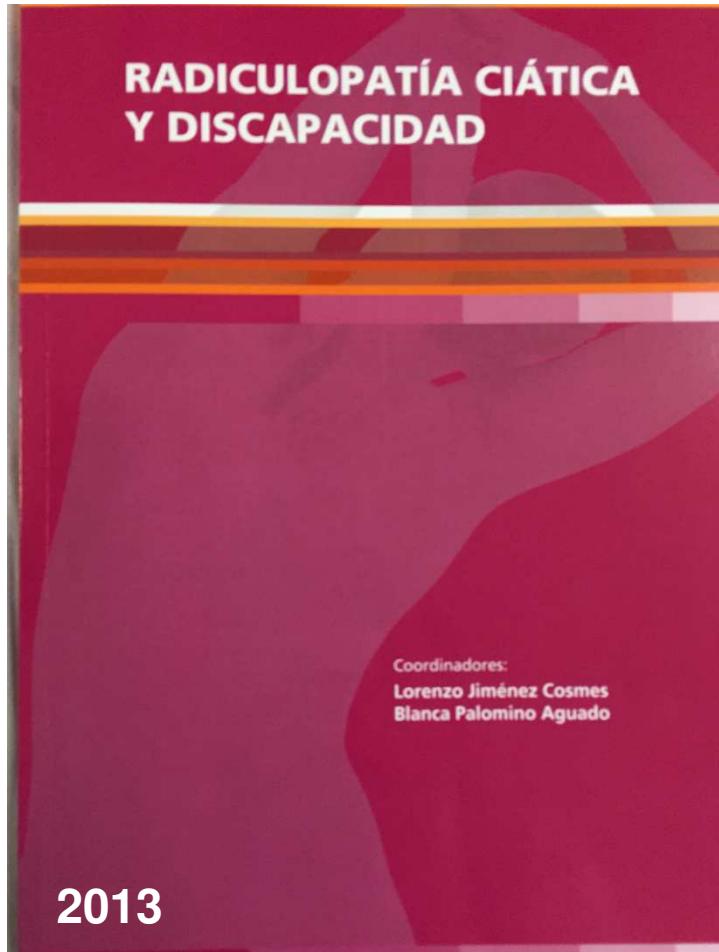
2012

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

Participaron Residentes



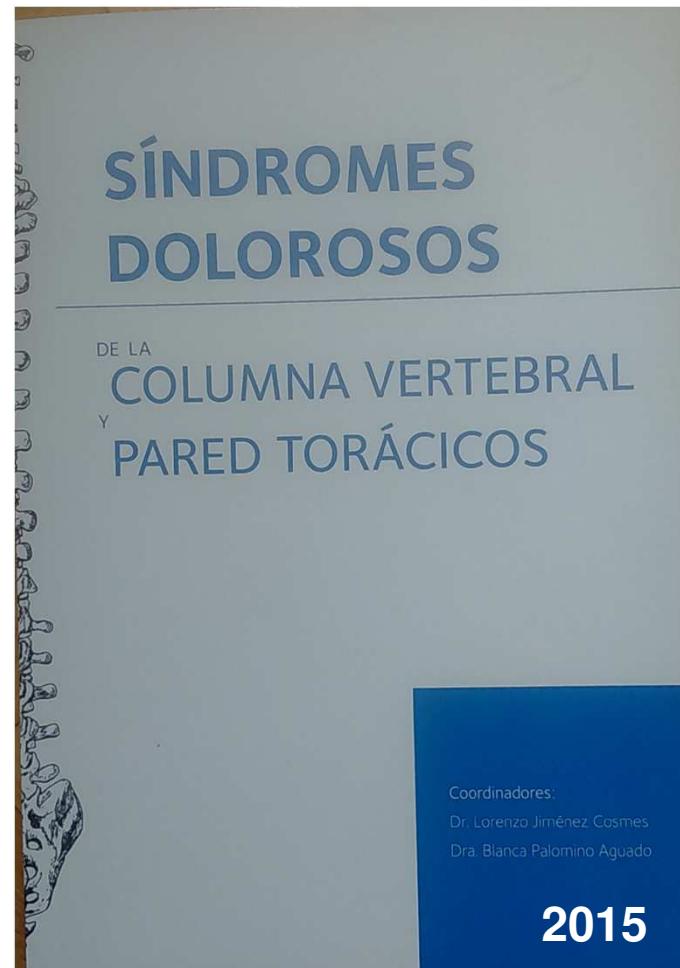
Capítulo: Rotura completa del manguito rotador y rotura degenerativa del menisco

Unidad de Rehabilitación

Hemos publicado en:



Capítulo: Rehabilitación de las enfermedades reumáticas

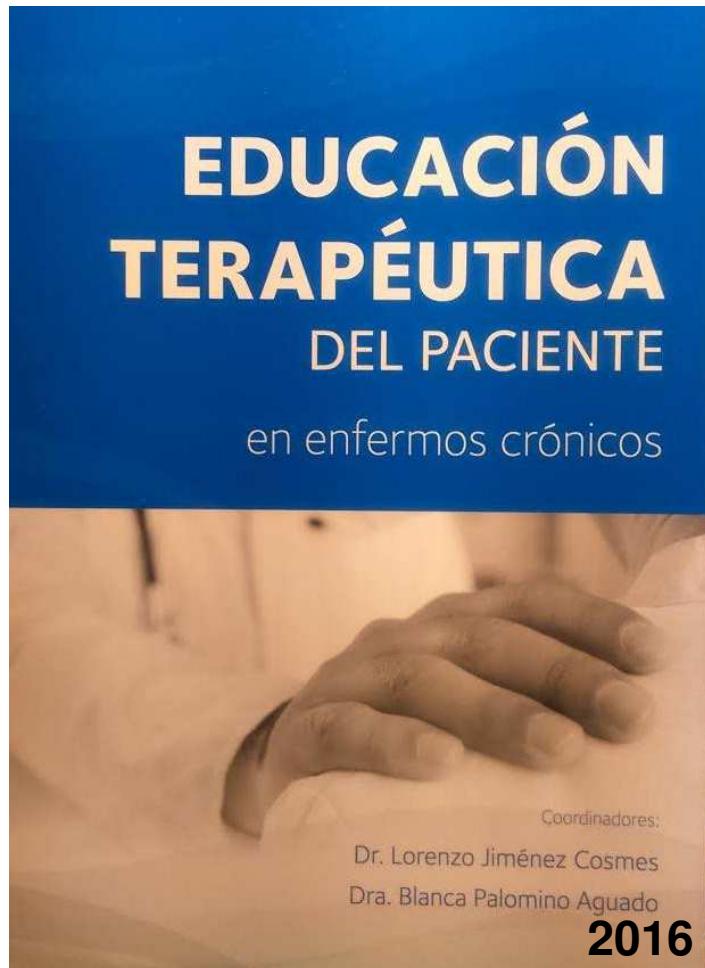


Capítulo: Hipercifosis del anciano

Participó un Residente

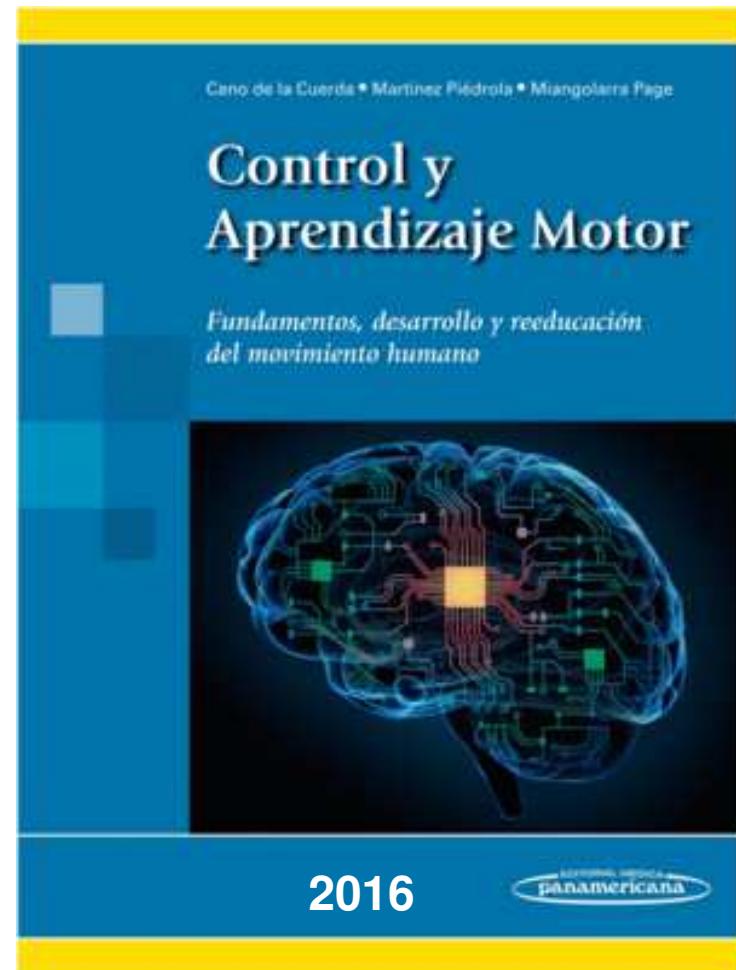
Unidad de Rehabilitación

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



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 ?.

A promotional poster for the 53rd Congress of the Spanish Society of Rehabilitation and Physical Medicine. It features a large blue background with the number "53" in yellow. On the left is a small image of a building with a dome. To the right, the text reads "CADIZ 2015" in large letters, followed by "10, 11, 12 y 13 de JUNIO". Below this are four circular images showing various landmarks from Cádiz. At the bottom, the website "www.sermef.es" is listed.

Síndrome subacromial. Programas de ejercicios.

Hemos organizado
seminarios y
talleres en
congresos:

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

51º Congreso **SERMEF** Salamanca

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

Participó un Residente

UNIDAD DE REHABILITACIÓN,
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Unidad de Rehabilitación

¿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.

Participaron Residentes

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

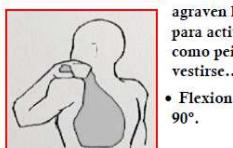
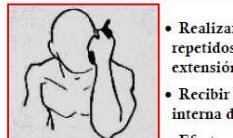
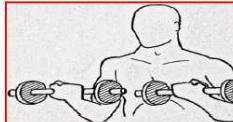


No mantenga durante períodos prolongados el codo flexionado.

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



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 90º.

Hemos elaborado:

Síndrome del Túnel Cubital



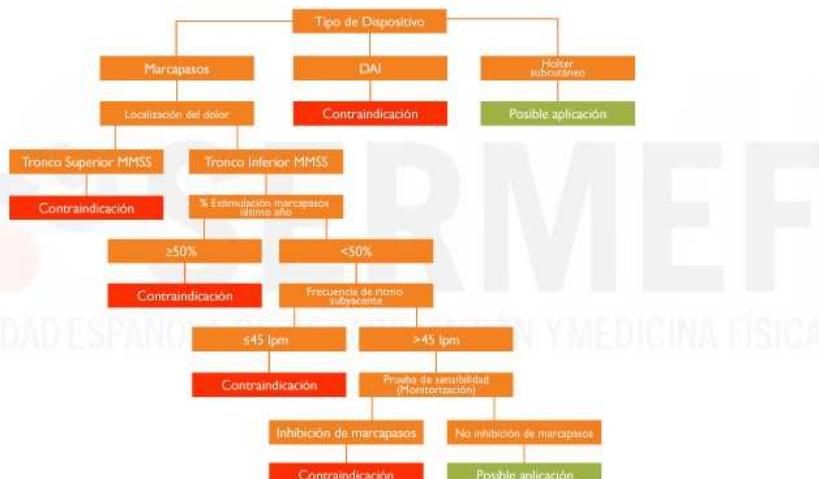
¿Cómo podemos evitarlo?

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 hace 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 intracardíaco 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



EJERCICIOS TRAS FRACTURA DE TOBILLO

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

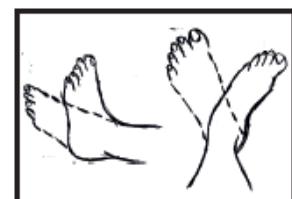
En los dibujos de ejemplo el tobillo afectado es el izquierdo

Mientras tenga limitada la 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.

Hemos elaborado:



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:

AURASMA

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 siganlos.
3. Enfoque con la cámara de su dispositivo móvil a través de la aplicación, sobre el dibujo del ejercicio, para visualizar el video correspondiente.

Información para pacientes con ROTURA MASIVA DEL MANGUITO ROTADOR

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

CONSULTA EL FOLLETO EN NUESTRA WEB
www.unidadhombro.com

VERSIÓN MÓVIL

Participó un Residente

SERMEF
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

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 las radiografías (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)
1. Médico adjunto. Radiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Autor 3: Irene Pérez Porta (1)
Autor 4: Ángel Luis Bueno Horcajadas (2)
2. Médico adjunto. Radiología. Diagnóstico por imágenes. Hospital Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

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

OBSERVACIÓN CLÍNICA



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



Imagen RM SE T1 coronal a la articulación SI: Anomalía 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 osteofítico 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.

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 interapofigaria 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

1. Nevalainen MT, McCarthy E, Morrison WB, Zoga AC, Roedi JB. Lumbar transitional vertebrae: significance of local bone marrow edema at the transverse process. Radiol 2018; Feb;16: doi: 10.1007/s00356-018-2900-1. [Epub ahead of print]
2. Furman MB, Wahlberg B, Cruz EJ. Lumbar Transitional Segments: An Interventional Spine Specialist's Practical Approach. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2018; 35-48; doi: 10.1016/j.pmrj.2017.08.004.
3. Illeze OG, Atıcı 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. 10.1007/s00586-016-4879-4.
4. Glémarec J, Varin S, Cozic C, Tanguy G, Volteau C, Montigny P et al. Efficacy of local glucocorticoid after local anesthetic in low back pain with lumbar 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

56 CONGRESO SERMEF
GIJÓN, 16-19 DE MAYO DE 2018
LABORAL CIUDAD DE LA CULTURA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE REHABILITACIÓN
Y MEDICINA FÍSICA

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

Galardonado con el primer premio al mejor cartel científico

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

Galardonado con el premio de “aplicaciones y telemedicina”

Síndrome Subacromial



Rotación externa de hombro con banda elástica



Abducción de hombro con banda elástica

Programa básico >

Programa básico Escapular Rotación interna >

Programa básico Escapular >

Escapular Estiramiento >

Programa completo >

Unidad de Rehabilitación



Rehabilitación tras cirugía
por rotura del manguito
rotador

Galardonado con el premio de
información para pacientes y familiares

Unidad de hombro MFyR  YouTube



Título	Duración	Visualizaciones	Fecha
Deltoides anterior semisentado con balanceo ...	0:34	81	Hace 10 meses
Deltoides anterior semisentado con balanceo.	0:36	39	Hace 10 meses
Deltoides anterior semisentado sin balanceo n...	0:28	22	Hace 10 meses
Deltoides anterior tumbado con balanceo y peso.	0:34	28	Hace 10 meses
Deltoides anterior tumbado con balanceo.	0:40	15	Hace 10 meses

Cuidados tras sutura del manguito rotador



Título	Ver lista de reproducción
Movimientos pasivos y asistidos	VER LISTA DE REPRODUCCIÓN COMPLETA
Movimientos activos	VER LISTA DE REPRODUCCIÓN
Fortalecimiento	VER LISTA DE REPRODUCCIÓN

Galardonado con el premio a la
innovación tecnológica en Rehabilitación

Participaron Residentes

Unidad de Rehabilitación

Hemos elaborado:



73º Jornada Científica de
la Sociedad Centro de
Rehabilitación

**Metabolismo y
rehabilitación**

14/06/2019



Galardonado con el primer premio a la
mejor comunicación científica



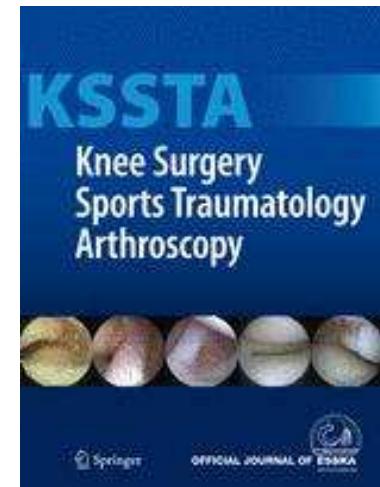
 **Hospital Universitario
La Paz** Hospital Carlos III
Hospital Cantoblanco

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.



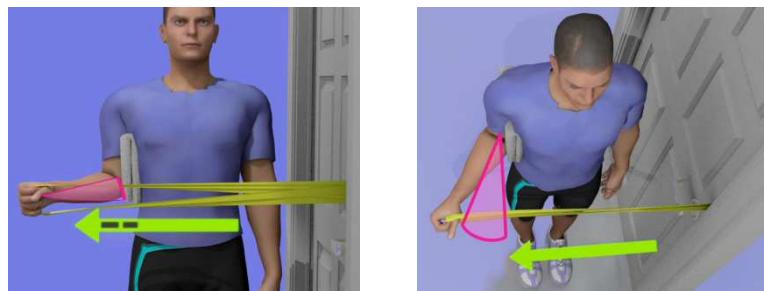
Participó un Residente

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