

## DATOS GENERALES

<b>Curso académico</b>	Curso 2024/2025
<b>Tipo de curso</b>	Máster de Formación Permanente
<b>Número de créditos</b>	60,00 Créditos ECTS
<b>Matrícula</b>	4.500 euros (importe precio público)
<b>Requisitos de acceso</b>	Diplomados y Graduados en Fisioterapia
<b>Modalidad</b>	Semipresencial
<b>Lugar de impartición</b>	Fundación Universidad-Empresa
<b>Horario</b>	La docencia tendrá lugar en 20 seminarios a lo largo de los 2 años de octubre a junio. Los seminarios se impartirán de jueves a sábado: - Jueves de 9:00 a 14:00 y de 15:30 a 20:00. Viernes: de 9:00 a 14:00 y de 15:30 a 20:00. Sábado presencial de 9:00 a 15:00. Excepcionalmente se impartirá clase el sábado de 16:00 a 20:00 (en 5 seminarios durante los dos años de Máster. Se informará al inicio de curso), 2024: " 24 al 26 de octubre " 21 al 23 de noviembre " 19 al 21 de diciembre  2025: " 9 al 11 de enero (sábado tarde también) " 6 al 8 de febrero " 6 al 8 de marzo " 3 al 5 de abril " 8 al 10 de mayo " 29 al 31 de mayo " 12 al 14 de junio

## Dirección

<b>Organizador</b>	Facultat de Fisioteràpia
<b>Dirección</b>	Rafael Torres Cueco Profesor/a Titular de Escuela Universitaria. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

## Plazos

<b>Preinscripción al curso</b>	Hasta 30/09/24
<b>Fecha inicio</b>	Octubre 24
<b>Fecha fin</b>	Junio 26

## Más información

<b>Teléfono</b>	961 603 000
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:informacion@adeituv.es">informacion@adeituv.es</a>

## PROGRAMA

## Razonamiento Clínico y Ejercicio Terapéutico

## 1 RAZONAMIENTO CLÍNICO

- 1.1. Tareas centrales del trabajo clínico
- 1.2. Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud(CIF) de la OMS
- 1.3. Guías de Razonamiento Clínico
  - a. Categorías de Hipótesis
  - b. Identificación Síndromes y Presentaciones Clínicas
  - c. Patrones de Inervación
  - d. Nuevos Paradigmas del Dolor
- 1.4. Concepto de razonamiento clínico. Razonamiento hipotético deductivo y heurístico.
  - a. Razonamiento diagnóstico:
  - b. Sistema 1: razonamiento anticipado o heurístico
  - c. Sistema 2: razonamiento hipotético deductivo
  - d. Razonamiento Narrativo e interpretativo
  - e. Razonamiento ético
- 1.5. Evaluación del paciente. Desarrollo de la anamnesis del paciente. Prácticas con casos clínicos reales.

- a. Principios del examen subjetivo y de la anamnesis
- b. Principios del examen objetivo y de la exploración física
- 1.6. Estudio de patrones de inervación.
  - a. Patrones de inervación e identificación de la fuente nociceptivaperifèrica
  - b. El fenómeno del dolor referido
    - i. Dolor referido articular
    - ii. Dolor referido muscular
    - iii. Dolor referido visceral
- 1.7. Mecanismos del dolor osteoarticular y neuropático Tipos de dolor y sudiferenciación
  - a. Dolor somático
  - b. Dolor isquémico
  - c. Dolor visceral

## 2 DOLOR MUSCULAR Y LESIÓN MUSCULAR

- 2.1. Estructura y fisiología muscular
  - a. Organización muscular
  - b. Fisiología de la contracción
- 2.2. Lesión muscular aguda
  - a. Patofisiología de la lesión muscular aguda
  - b. Clasificación
  - c. Factores pronósticos
  - d. Casos clínicos
  - e. Complicaciones
    - i. Miositis osificante
- 2.3. Lesión muscular inducida por esfuerzo
  - a. Dolor muscular de aparición tardía
  - b. Síndrome compartimental de esfuerzo
  - c. Casos clínicos
  - d. Complicaciones
    - i. Síndrome compartimental agudo
    - ii. Rabdomiolisis

## 3. TENDINOPATÍA Y DOLOR TENDINOSO

- 3.1. Modelo conceptual
- 3.2. Concepto de carga y capacidad de carga
- 3.3. Ejercicio terapéutico en tendinopatías
- 3.4. Tendinopatías del miembro inferior
  - a. Patelar
  - b. Aquílea
  - c. Síndrome trocantérico
- 3.5. Tendinopatías del miembro superior
  - a. Epicondílalgia

## 4. NEURODINÁMICA CLÍNICA:

- 4.1. Neurodinámica: Marco conceptual.
- 4.2. Concepto de neurodinámica
  - a. Mecánica e Interfase
  - b. Patomecánica neural
  - c. Mecanismos neurodinámicos
  - d. Adaptación del sistema nervioso al movimiento
- 4.3. Técnicas de evaluación. Test neurodinámicos
- 4.4. Técnicas de tratamiento.
- 4.5. Concepto de neurodinámica y tensión neural advers
  - a. Elementos Conjuntivos del SNP
  - b. Organización fascicular del nervio periférico
  - c. El neuroeje
- 4.6. La neurodinámica y el dolor. Dolor disestésico y dolor troncular.
- 4.7. Origen de los síntomas:
  - a. Procesos intraneurales Patofisiología
  - b. Procesos extraneurales Patomecánica
- 4.8. Neurodinámica: Exploración Física y Principios de Tratamiento
- 4.9. Uso clínico de los test básicos
- 4.10. Técnica de deslizamiento
- 4.11. Técnica de tensión
- 4.12. Precauciones y contraindicaciones en la evaluación y tratamiento
- 4.13. Evaluación neurodinámica del miembro superior.
- 4.14. Evaluación neurodinámica del miembro inferior.
- 4.15. Evaluación neurodinámica de los tejidos neuromeníngeos.

## Miembro Inferior y Columna: Semiología

- 1. SEMIOLOGÍA DEL MIEMBRO INFERIOR 1.- ARTICULACIÓN COXOFEMORAL
  - 1.1. Conceptos anatómicos generales.

1.2. Patologías más frecuentes en la edad pediátrica.

1.3 Patologías propias de la edad adulta

1.4. Valoración de la movilidad de la cadera.

1.5. Pruebas funcionales

## 2. ARTICULACION DE LA RODILLA

2.1. Conceptos anatómicos generales.

¿ Patología de la infancia y de la adolescencia

¿ Patología de la edad adulta.

¿ Valoración del movimiento de la rodilla. Estudio del líquido sinovial.

¿ Pruebas funcionales: Rótula, Meniscos, Ligamentos medial/lateral, Ligamento cruzado anterior, Ligamento cruzado posterior

## 3. ARTICULACIONES DEL TOBILLO Y PIE.

3.1. Conceptos anatómicos.

¿ Problemas del pie en la infancia

¿ Problemas del pie del adulto

¿ Valoración de la movilidad del tobillo y del retropie. 3.5.Pruebas funcionales

## 4. VALORACIÓN VASCULAR DEL MIEMBRO INFERIOR

4.1. Conceptos anatómicos generales.

4.2. Valoración de puntos dolorosos.

4.3. Pruebas funcionales

## 5. DOLORES REFERIDOS EN MIEMBRO INFERIOR

5.1. Conceptos anatómicos

5.2. Estudios de los dermatomas de los plexos lumbar y sacros

5.3. Prueba de valoración del dolor en la extremidad inferior

## 6. LESIONES DE PARTES BLANDAS EN LA EXTREMIDAD INFERIOR

6.1. Conceptos anatómicos generales

6.2. Patología tendinosa de inserción

6.3. Patología de las bursas

6.4 . Patología muscular

6.5. El síndrome compartimental agudo y crónico

## 2. SEMIOLOGÍA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

Evaluación neurológica básica.

## 3. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN

a. Miembro Inferior

¿ Anatomía por regiones

¿ Rx

¿ TC

¿ RM

## Miembro Inferior: Terapia Manual Avanzada y Aproximación Clínica

---

A. Principios de la patomecánica articular .

- Análisis articular por regiones.

- Tratamiento específico de la disfunción articular.

B. Terapia Manual de Pie y Tobillo: Técnicas de movilización y manipulación.

- Síndromes de inestabilidad de tobillo

- Síndromes de impingement tibiotarsiano

- Fascitis plantar

- Metatarsalgias

C. Terapia Manual de Rodilla:

- Patomecánica de la articulación.

- Técnicas de movilización, manipulación y liberación compartimental.

- Síndromes de inestabilidad

- Patología degenerativa

- Patología meniscal

D. Terapia Manual de Cadera

- Patología y actualización de síndromes clínicos, exploración y técnicas manipulativas de tratamiento

- Patología degenerativa

- Impingement femoroacetabular

- Síndrome isquiofemoral

## Columna Vertebral I: Terapia Manual y Aproximación Clínica

---

1. Terapia Manual de la columna vertebral. Marco conceptual.
2. Columna Lumbar: Patología de la columna lumbar, diagnóstico, evaluación y técnicas tratamiento.
  - a. La columna lumbar: anatomía clínica, biomecánica e inervación
  - b. Introducción a los mecanismos del dolor lumbar
  - c. Síndrome discogénico
  - d. Radiculopatía lumbar discogénica
  - e. Síndrome facetario
  - f. Evaluación clínica del paciente con dolor lumbar
3. Columna Torácica
  - a. Anatomía clínica, biomecánica e inervación
  - b. Disfunciones articulares dorsales y costales.
  - c. Dolor referido torácico
4. Columna Cervical:  
Aproximación clínica a los síndromes de la columna cervical, técnicas de evaluación y tratamiento.
  - a. Características de la anatomía de la columna cervical
  - b. Biomecánica clínica
  - c. Dolor cervical clasificación
    - i. 1. Idiopático o inespecífico o dolor cervical mecánico
    - ii. 2. Asociado a latigazo cervical
    - iii. 3. Radiculopatía cervical
    - iv. Patrones de dolor de la columna cervical
  - d. Síndromes clínicos de la columna cervical
    - i. Síndrome discogénico
    - ii. Síndrome facetario cervical
    - e. Síndromes del desfiladero torácico
      - i. 1. Síndrome neurogénico
      - ii. 2. Síndrome arterial
      - iii. 3. Síndrome venoso
      - iv. 4. SDT No-específico o presumiblemente neurogénico
    - v. Clínica del Síndrome del Desfiladero Torácico
    - vi. Exploración física
    - vii. Tests de provocación
5. Técnicas de tratamiento de la columna vertebral: movilización y manipulación vertebral.
6. Control Motor de la columna vertebral

## Metodología de la Investigación

---

### Sesión 1.-

- Panorama general del proceso de investigación.- Características de los estudios en Ciencias de la Salud. Características de la investigación terapéutica.- Fuentes de error en investigación
- Conceptos generales de Estadística. Estadística descriptiva.- Tablas de frecuencia
- Búsqueda bibliográfica utilizando la red de la Universidad de Valencia

### Sesión 2.-

- El artículo científico. Diseño. Lectura crítica de un artículo científico. Tipos de artículos en las Ciencias de la Salud
- Estadísticos .- Representaciones gráficas
- La hoja de cálculo en informática

### Sesión 3.-

- Introducción a la Ciencia. Nomenclatura básica. Consideraciones éticas: el código Belmont
- Estadística inferencial
- Word avanzado- Excel avanzado

### Sesión 4.-

- Características de los estudios en Ciencias de la Salud. Estudios descriptivos. Elaboración de pruebas estructuradas y semiestructuradas
- Tests estadísticos
- Cálculos estadísticos en informática

## Dolor y Ejercicio Terapéutico

---

### 4. NEURODINÁMICA CLÍNICA

- 4.1. Neurodinámica: Marco conceptual.
- 4.2. Concepto de neurodinámica
  - a. Mecánica e interfase
  - b. Patomecánica neural
  - c. Mecanismos neurodinámicos
  - d. Adaptación del sistema nervioso al movimiento

- 4.3. Técnicas de evaluación. Test neurodinámicos
- 4.4. Técnicas de tratamiento.
- 4.5. Concepto de neurodinámica y tensión neural advers
  - a. Elementos Conjuntivos del SNP
  - b. Organización fascicular del nervio periférico
  - c. El neuroeje
- 4.6. La neurodinámica y el dolor. Dolor disestésico y dolor troncular.
- 4.7. Origen de los síntomas:
  - a. Procesos intraneurales Patofisiología
  - b. Procesos extraneurales Patomecánica
- 4.8. Neurodinámica: Exploración Física y Principios de Tratamiento
- 4.9. Uso clínico de los test básicos
- 4.10. Técnica de deslizamiento
- 4.11. Técnica de tensión
- 4.12. Precauciones y contraindicaciones en la evaluación y tratamiento
- 4.13. Evaluación neurodinámica del miembro superior.
- 4.14. Evaluación neurodinámica del miembro inferior.
- 4.15. Evaluación neurodinámica de los tejidos neuromeníngeos.

## 5 INTRODUCCIÓN A LOS MECANISMOS CENTRALES DEL DOLOR

- 5.1. El problema del dolor crónico
  - ¿ Prevalencia del dolor crónico
  - ¿ Dolor crónico y modelo biomédico
  - ¿ Dolor y Nuevos Paradigmas
  - ¿ Las dimensiones del dolor
  - ¿ Características del Dolor Crónico
- 5.2. Neurobiología Básica
  - ¿ Nociceptores
  - ¿ Canales iónicos
  - ¿ Neurotransmisores
  - ¿ Transmisión sináptica
  - ¿ Fibras C y sensibilización periférica
  - ¿ Neuronas nociceptivas de 2º orden
  - ¿ Organización en el asta posterior medular: Láminas de Rexed
  - ¿ Vías del Dolor
  - ¿ Mecanismos supraespinales del dolor y la nocicepción
- 5.3. Dolor Crónico y Sensibilización Central
  - ¿ Cambio en la sensibilidad de las neuronas de segundo orden WDR y NS
  - ¿ Niveles alterados de neurotransmisores
  - ¿ Creación de nuevas sinapsis
  - ¿ Cambios en los campos receptivos
  - ¿ Apoptosis de neuronas inhibitoras
  - ¿ LTP y Wind-Up
  - ¿ El dolor referido y la sensibilización central
- 5.4. Dolor y razonamiento clínico:
  - ¿ El razonamiento clínico en el dolor: evaluación basada en los mecanismos
  - ¿ Mecanismos del dolor:
  - ¿ Dolor y patrón de inervación
- 5.5. El paciente con dolor crónico complejo
  - ¿ Características
  - ¿ Dificultades terapéuticas
- 5.6. Modelos Neurobiológicos del Dolor
  - ¿ La modulación central y la teoría del control de la compuerta
  - ¿ La modulación central y la teoría del procesamiento paralelo
  - ¿ La modulación central y el concepto de neuromatriz
  - ¿ Cambios Corticales en el Dolor Crónico
  - ¿ Dolor como Respuesta Multisistémica:
    - ¿ Concepto de alostasis
    - ¿ El dolor crónico y respuesta de estrés: Dolor, fatiga crónica y otros síntomas de hipersensibilidad sensorial
    - ¿ Modelo del organismo maduro
- 5.7. Aproximación biopsicosocial al dolor crónico
  - ¿ El paradigma biopsicosocial
  - ¿ Modelos Multidimensionales del Dolor Crónico
  - ¿ Dolor y creencias
  - ¿ Dolor y emociones
  - ¿ Dolor y conductas
  - ¿ Dolor y entorno social
- 5.8. Identificar los pacientes de riesgo de cronificación
  - ¿ Factores asociados con la cronificación
  - ¿ Banderas Amarillas
  - ¿ Desmedicalización del dolor
- 5.9. Identificación de Síndrome Dolor Crónico Complejo
  - ¿ Historia Actual
  - ¿ Comportamiento de los síntomas

- ¿ Diagnósticos
- ¿ Descartar Patologías y Banderas Rojas
- ¿ Procedimientos médicos o quirúrgicos previos y actuales
- ¿ Estado de ánimo
- ¿ Calidad del sueño
- ¿ Tratamiento farmacológico actual
- ¿ Discapacidad
- 5.10. Aproximación al tratamiento del paciente con dolor crónico complejo
- ¿ Barreras psicológicas y sociales en el tratamiento del dolor
- ¿ Objetivos del tratamiento
- ¿ Programa tratamiento del paciente con dolor crónico

## Miembro Superior y Columna: Semiología

---

### 1. SEMIOLOGÍA DEL MIEMBRO SUPERIOR

#### 1ª Parte: Mano y muñeca

- A. Historia clínica
- B. Exploración física
  - a. Recuerdo de la Anatomía de superficie
  - b. Recuerdo de la Anatomía funcional
  - c. Exploración por tejidos
- C. Pruebas complementarias
  - a. Estudios de imagen (RX, TAC, RM)
  - b. Otras (Artroscopia, EMG)

#### 2ª Parte: Hombro y codo

- A. Historia clínica
- B. Exploración física
  - a. Recuerdo de la Anatomía funcional
  - b. Exploración sistemática
- C. Pruebas complementarias
  - a. Estudios de imagen (RX, TAC, RM)
  - b. Otras (Artroscopia, Gammagrafía, EMG)

### 2. SINDROMES COMPRESIVOS DE NERVIOS PERIFERICOS EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR

#### 1ª Parte: Conceptos generales

- A. Recuerdo anatómico del sistema nervioso periférico
  - B. Etiología de los síndromes compresivos
  - C. Fisiopatología de la compresión nerviosa
  - D. Clínica de la compresión
  - E. Estudios complementarios
  - F. Tratamiento y recuperación de la función
- #### 2ª Parte: Síndromes compresivos: cuadros clínicos específicos
- A. Nervio mediano
  - B. Nervio cubital
  - C. Nervio radial

### 3. SEMIOLOGÍA DEL EQUILIBRIO

#### 3.1. EL SISTEMA DEL EQUILIBRIO

- a. EL APARATO VESTIBULAR
- b. EL SISTEMA PROPIOCEPTIVO
- c. EL SISTEMA VISUAL

#### 3.2. PERCEPCIÓN CONSCIENTE DEL EQUILIBRIO

#### 3.3. CONCEPTOS DE PLASTICIDAD, HABITUACIÓN Y ADAPTACIÓN APLICADOS AL EQUILIBRIO

- a. PLASTICIDAD DEL REFLEJO VESTIBULOOCULAR (R.V.O) POR CAMBIOS VESTIBULARES
- b. PLASTICIDAD DEL RVO POR CAMBIOS VISUALES

#### 3.4. CONCEPTOS SOBRE PATOLOGÍA DEL VÉRTIGO Y EQUILIBRIO ANAMNESIS

- a. Delimitación del vértigo
- b. Presentación del proceso
- c. Duración.
- d. Factores desencadenante del vértigo
- e. Sintomatología asociada
- f. Antecedentes

#### 3.5. EXPLORACIÓN CLÍNICA

- a. Exploración clínica otoneurológica 2.-Exploración general

#### 3.6. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- a. Videonistagmografía
- b. Posturografía

#### 3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a. Localización anatómica
- b. Etiología de las enfermedades del sistema vestibular

#### 3.7. VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

- a. Presentación clínica del vértigo periférico.
- b. Datos de interés en la historia clínica
- c. Exploración del enfermo con vértigo periférico

#### 3.8. VÉRTIGO DE MÉNIÈRE

### 3.9. VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

### 3.10. NEURITIS VESTIBULAR

### 3.11. VESTIBULOPATÍA TÓXICA

### 3.12. REHABILITACION VESTIBULAR

## 4. SEMIOLOGÍA DE LAS CEFALÉAS

### 4.1. Anamnesis

- Preguntas relevantes en las cefaleas

### 4.2. Exploración

- Exploración general Exploración neurológica Fondo de ojo

### 4.3. Signos de alarma

### 4.4. Clasificación de las cefaleas

- Cefaleas primarias: Migraña, cefalea tensional, cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino-autonómicas
- Criterios diagnósticos, características, fisiopatología
- Migraña por abuso de medicamentos
- Migraña crónica
- Cefaleas secundarias
- Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas

## 5. ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

### a. Neurofisiología clínica

### b. Electroneurografía

### c. Electromiografía

### d. Aplicaciones clínicas de la Electromiografía

## 6. TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN

### a. Columna

### a. Anatomía

### b. Rx

### c. TC

### d. RM

### e. RM post cirugía

### f. Estudio de las deformidades

### g. Indicaciones

### h. Miembro Superior

### i. Imagen de Patología de columna

## Miembro Superior: Terapia Manual Avanzada y Aproximación clínica

---

### A. Terapia Manual de Hombro: Patología de la extremidad superior, exploración, evaluación y técnicas de tratamiento específicas para las diferentes pathologies

- Inestabilidad glenohumeral
- Síndrome subacromial
- Capsulitis adhesiva

### B. Terapia Manual del Codo:

- Inestabilidad del codo
- Epicodilalgia lateral y medial
- Regidez de codo

### C. Terapia Manual mano, muñeca y codo: Síndromes clínicos, evaluación y tratamiento.

- Inestabilidades carpianas
- Patología tendinosa
- Síndromes de atrapamiento

## Columna Vertebral II: Terapia Manual Avanzada y Aproximación Clínica

---

### 1. Terapia Manual de la columna vertebral. Marco conceptual.

### 2. Columna Lumbar: Patología de la columna lumbar, diagnóstico, evaluación y técnicas tratamiento.

- Inestabilidad lumbar y Espondilolistesis
- Concepto de Inestabilidad
- Inestabilidad clínica
- Inestabilidad Mayor
- Espondilolistesis
- a. Clasificación Wiltse, Newman, MacNab
- b. Clasificación Marchetti
- Espondilolistesis displásica
- Espondilolistesis degenerativa
- Espondilolistesis itsmica
- Estenosis del canal central
- a. Etiología de la estenosis de canal central
- b. Manifestaciones clínicas
- c. Exploración clínica

d. Indicaciones y criterios para establecer el tratamiento conservador

3. La Pelvis: Conceptos actuales sobre la patología de la pelvis, diagnóstico de los distintos síndromes y técnicas de tratamiento  
Biomecánica de la pelvis

- a. Fiabilidad test movilidad SI
- b. Modelo integrado de función de la pelvis
- c. Síndromes clínicos sacroilíacos
- d. Embarazo y Pelvis

4. Columna Craneocervical: Síndromes clínicos articulares craneocervicales ycefaleas

- a. Anatomía de las vértebras cráneo-cervicales
- b. Biomecánica de la columna craneocervical
- c. Inestabilidad de la columna craneocervical
  - i. Concepto de inestabilidad mayor. Características
  - ii. Inestabilidad y zona neutra
  - iii. Etiología de la inestabilidad
  - iv. Inestabilidad mayor. Sospecha diagnóstica
- d. La manipulación cervical y los accidentes Neurovasculares
  - i. Patofisiología de la disección arterial
  - ii. Factores de riesgo
- e. Pruebas Premanipulativas

5. Técnicas de tratamiento de la columna vertebral: movilización y manipulación vertebral.

6. Control Motor de la columna vertebral

#### Trabajo de Investigación Fin de Máster

Realización del Trabajo de Investigación  
Presentación Oral y Pública

## PROFESORADO

### Luis Aguilera Fernández

Especialista en Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario de La Ribera

### Rafael Aleixandre Benavent

Científico Titular del CSIC

### José Antonio Blas Dobón

Traumatólogo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Dr. Peset

### María Teresa Bovaira Forner

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Jefe Clínico Servicio de Anestesiología. Responsable de la Unidad de Dolor del Hospital Intermutual de Levante.

### Carlos Castaño Ortiz

Fisioterapeuta. Fisioperpinyà

### Fernando Corbí Aguirre

Doctor Cirugía Ortopédica y Traumatología

### Rodrigo Díaz Fernández

Traumatólogo. Especialista en Pie y Tobillo

### Samuel Díaz Insa

Doctor en Medicina. Neurología. Universitat de València.

### Luis García Ferrer

Médico especialista en Radiología. Ecografía Musculoesquelética

### Moisés Giménez Costa

Fisioterapeuta

### Luis Millán González Moreno

Profesor/a Titular de Universidad. Departament d'Educació Física i Esportiva. Universitat de València

### Manuel Jiménez Navarro

Médico especialista en Cirugía, Ortopedia y Traumatología. Cirugía de Columna

### Eva Llopis San Juan

Especialista en Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de La Ribera.



---

**Enrique Juan Lluch Gurbés**

Profesor/a Titular de Universidad. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

---

**Carlos López Cubas**

Fisioterapeuta Clínica Osteón. Profesor Departament de Fisioteràpia. Universitat de València..

---

**José Molina Martínez**

Fisioterapeuta. Institut Valencià de Recuperació Esportiva, S.L.

---

**Silvia Parra Escorihuela**

Doctora en Medicina. Neurofisiología Clínica.

---

**Eliseo Pascual Gómez**

Especialista en Reumatología

---

**Pablo Puigcerver Aranda**

Profesor/a Asociado de Universidad. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

---

**Arturo Such Sanz**

Fisioterapeuta. Director Moviment i Salut, Centre de Fisioteràpia

---

**Rafael Torres Cueco**

Profesor/a Titular de Escuela Universitaria. Departament de Fisioteràpia. Universitat de València

---

**Lidia Torres García**

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia

---

**Eduardo Zamorano Zárate**

Fisioterapeuta.

---

## OBJETIVOS

Las salidas profesionales que tiene el curso son:

Dado el enfoque clínico, este máster capacita para establecer diagnóstico y manejo del paciente en centros dedicados a dolor musculoesquelético, tales como clínicas privadas, centros de mutuas laborales, gimnasios de rehabilitación en hospitales, centros deportivos o asistencia domiciliaria.

El objetivo final es fomentar el papel del fisioterapeuta como clínico, y no sólo como terapeuta, capaz de asumir una plena responsabilidad frente al paciente y afrontar con éxito el tratamiento de aquellas patologías tributarias de su actuación. Para ello, se combina el aprendizaje práctico de diferentes abordajes en terapia manual y el ejercicio terapéutico, con el estudio de la semiología y los aspectos más relevantes de los síndromes clínicos con los que se enfrenta habitualmente el fisioterapeuta.

Así, el alumno adquiere habilidades en la interpretación de los diferentes síndromes clínicos mediante el estudio de la Patología y Semiología, así como de las técnicas de Diagnóstico, Movilización, Manipulación y Tratamiento Activo de las articulaciones periféricas y la Columna Vertebral. Se estudia además el abordaje de patología Músculo-Tendinosa, los Síndromes de Atrapamiento Nervioso, o del Sistema Vestibular.

Asimismo se introduce al alumno en los nuevos avances en la Neurofisiología del Dolor para que sea capaz de interpretar situaciones clínicas complejas. Para permitir el aprovechamiento inmediato de estas técnicas en la práctica clínica, se incluyen en el programa conocimientos referentes al proceso de razonamiento clínico, que le ayudarán al fisioterapeuta a asegurarse que las decisiones clínicas y las acciones emprendidas son las adecuadas a la situación clínica del paciente.

En resumen, el objetivo es alcanzar la excelencia en la práctica clínica en términos de diagnóstico y tratamiento basado en un conocimiento profundo de la: patología y los mecanismos del dolor de las lesiones musculoesquelética para poder llevar a cabo un buen proceso de razonamiento clínico basado en la evidencia científica y siempre desde una perspectiva biopsicosocial

## METODOLOGÍA

La metodología del Máster consiste en seminarios de 25 ó 30 horas lectivas donde se imparten 5 ó 10 horas de teoría y 15 ó 20 horas de clase teórico-práctica.

Se facilitan lecturas previas, material docente y material complementario al seminario, así como lecturas recomendadas.

Para poder aprobar la evaluación continua y poder presentarse a los exámenes finales el alumno debe asistir al menos al 80% de las clases.

Cada seminario se hace una breve evaluación que consistirá en la nota de la evaluación continua que supondrá un 20% de la nota de las asignaturas.

La evaluación al final de cada curso consta de un examen teórico de cada asignatura que supone el 60% de la nota de la asignatura. También constará de un examen práctico de que supondrá un 20% de la nota de las asignaturas.

Todas las partes deben ser aprobadas para poder hacer media.