

Universidad Nacional de Asuncion
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Kinesiología y
Fisioterapia



REVISTA
INFORMATIVA
RESIDENCIA
KINESIOLOGIA

Paraguay

Numero 1

Año 2021



Autoridades Facultad de Ciencias
Médicas -UNA-

Decano

Prof Dr Laurentino Barrios Monges

Vicedecano

Prof. Dr. Gustavo Machain Vega

Coordinadora de Carrera de
Kinesiología

Lic Ruth Ortiz Sandoval

Jefes de Dpto de la Carrera de
Kinesiología

Lic Claudia Bernaola

Lic Jazmín Perez

Lic Gladys Daverio

Lic Ariel Caballero



Revista Informativa Residencia kinesiologia Carrera de Kinesiologia y Fisioterapia UNA

Responsables de la publicación

- Lic Ruth Ortiz Sandoval
- Lic Claudia Bernaola
- Lic Jazmín Perez
- Lic Gladys Daverio
- Lic Ariel Caballero

Colaboradores

- Lic Diana Cristaldo
- Lic Yolanda Centurión
- Residentes de Kinesiologia



Contenidos

- Prólogo
- Antecedentes de nuestra Residencia
- Antecedentes de la Residencia
- Es momento de innovar Kineconsulta
- Rehabilitación Post Covid-19
- Neurorehabilitación
- Creencias sobre el cuerpo y el dolor
- Kinesiología Uroproctoginecológica
- Osteopatía
- Ondas de Choque
- Fascitis plantar
- Documento informativo WCPT
- Servicio a la Comunidad
- Escuela de Columna



Prólogo

Tengo el agrado de presentar esta revista, que es el resultado del trabajo conjunto realizado por el equipo de docentes que lidera la formación de residentes en Kinesiología en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

En las páginas de la siguiente propuesta académica podrán apreciar el trabajo que se viene realizando con mucha determinación y entusiasmo en busca de la mejora continua de los conocimientos, con el objetivo de hacer crecer la Fisioterapia en las diferentes áreas de formación para lograr un mayor reconocimiento profesional

Con espíritu idealista, en el año 2014 se gesta la primera Residencia en Kinesiología del país como iniciativa de las autoridades de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la Universidad Nacional de Asunción, quienes vieron la necesidad de ofrecer a los egresados un espacio de formación académica de postgrado acompañada de la práctica profesional supervisada.



Desde el año 2015, Licenciados en Kinesiología y Fisioterapia se postulan anualmente para el ingreso al programa de Residencia y al curso de Especialización en Kinesiología General, lo cual nos llena de orgullo y satisfacción.

Esta revista representa un logro y el apoyo que se brinda al estudiante residente en formación. “Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”. Albert Einstein.



Lic. Ruth Ortiz Sandoval
Coordinadora Carrera de
Kinesiología y Fisioterapia
UNA



ANTECEDENTES DE RELEVANCIA

La residencia en Kinesiología surgió a través de la iniciativa de autoridades y docentes de la Carrera de Kinesiología y fisioterapia de la Universidad Nacional de Asunción quienes vieron la necesidad de ofrecer a los egresados de la Carrera un espacio de formación académica de posgrado y práctica profesional supervisada.

El proyecto fue aprobado el 6 de febrero del año 2013 por ResC.DN°51/2013.

Posteriormente la Resolución N. ° 0081-00-2017, Acta N° 4 del 15 de febrero 2017 por la cual Homologa el Programa de Especialización en Kinesiología General.

La Resolución CD N.° 172/2017, autoriza la apertura del Programa del Curso de Especialización en Kinesiología general.



Desde el año 2015 Licenciados en Kinesiología se han postulado para el ingreso al programa de Residencia y al curso de Especialización en Kinesiología General.

El Proyecto desde sus inicios fue desarrollado por los Departamentos dependientes de la Carrera y sus jefaturas.

Ellos son:

Dpto de Rehabilitacion de Lesiones Musculoesqueléticas:

Lic Claudia Bernaola

Dpto de Rehabilitacion Cardio respiratoria:

Lic Jazmin Pérez

Dpto de Neurorrehabilitación:

Lic Gladys Daverio

Dpto de Rehabilitacion Traumatológico:

Lic Ariel Caballero

El programa esta estructurado en 2 años de entrenamiento práctico y académico en los diferentes departamentos con una carga horaria total de 3940 hs

ANTECEDENTES DE NUESTRA RESIDENCIA EN KINESIOLOGIA



RESIDENTES 2014

- Lic Diana Cristaldo
- Lic Carolina Sotelo
- Lic Silvia Cuevas
- Lic Karroll Cabriza
- Lic Claudia Rotela
- Lic Ivanhy Fretes
- Lic Adriana Agüero
- Lic. Jessica Martínez

RESIDENTES 2017

- Lic. Marcos Almirón
- Lic Sandra García
- Lic Pamela Pavón
- Lic Nadir Mendoza
- Lic Yolanda Morel
- Lic Serafini
- Lic Jorge Alvarenga
- Lic Rodrigo Carvallo

RESIDENTES 2019

- Lic Adriana Rojas
- Lic Estefanía Maidana
- Lic Belén Chávez
- Lic Fátima Valdez
- Lic Laura Ramírez
- Lic Juana Ramírez
- Lic Betania Alfonzo
- Lic Isabel Cristaldo

RESIDENTES 2015

- Lic Roberto de la Cueva
- Lic Nilsa Alfonzo
- Lic Lorena Lopez
- Lic Gabriela Del Valle
- Lic Cristobal Areco
- Lic Alvarenga
- Lic Fiorella Rivelli
- Lic Milcar Lopez

RESIDENTES 2018

- Lic Christian Portillo
- Lic Verónica Rinaldi
- Lic Camila Muñoz
- Lic Diego Diaz
- Lic Henry Kennedy
- Lic Diego Riveros
- Lic Matías Mora
- Lic Rodrigo Troche

RESIDENTES 2020

- Lic Marlene Müller
- Lic Araceli Martinez
- Lic Vivian Alvarenga
- Lic Paola Dure
- Lic Cristina Sanabria
- Lic Gabriela Ozuna
- Lic Pamela Fariña
- Lic Silvia Villamayor



RESIDENTES 2021

Lic Juan arrua
Lic Liz Portillo
Lic Doriana Funk
Lic Karen Mendoza

Lic JorgeGonzalez
Lic Gilberto Villalba
Lic David Aranda
Lic Liliana Enciso



Es momento de Innovar

El inicio de la Pandemia Covid 19 nos sorprendió a todos en nuestra vida personal y profesional. Ante la sorpresa inicial y los diversos sentimientos que surgían de dudas y temores los kinesiólogos nos vimos en la necesidad de incorporar estrategias de atención que no nuevas pero innovadoras en nuestro medio, para continuar dando asistencia a nuestros pacientes.

Así motivada por la necesidad y las restricciones impuestas por la Pandemia surgió en los Departamentos de la Carrera de Kinesiología el proyecto de la **Kineconsulta**. De ese modo iniciamos la asistencia de pacientes con patologías crónicas a través de medios digitales.

Cual fue nuestra sorpresa al comprobar la aceptación e impacto positivo de esta modalidad de atención.

Desde su inicio en julio del 2020, hasta la fecha hemos realizado 800 consultas.

Sabemos que, en el ámbito de la Rehabilitación física, nada sustituye la asistencia presencial a nuestros pacientes, sin embargo, esta modalidad de asistencia digital nos abre la posibilidad de ser un complemento ideal para los tiempos presentes y futuros.

Lic Claudia Bernaola
Jefe de Dpto LME





Material de difusión sobre el programa diseñado en respuesta a la Pandemia del Covid-19



REHABILITACION POST COVID-19



Rehabilitar hace referencia a los pasos que sigue un paciente para recuperar, mantener o mejorar capacidades que necesita para sus actividades de la vida diaria. La enfermedad generada por la Covid-19 genera una respuesta inflamatoria intensa que afecta principalmente al pulmón, pero no debemos olvidar que existen sistemas afectados como el cardiovascular, sistema nervioso central y que deja secuelas psicológicas y/o psiquiátricas. Por lo tanto, la rehabilitación post Covid-19 debe ser de manera integral y no salir de la recomendación médica sobre las secuelas que puede presentar el paciente derivado a rehabilitación.



Lic Jazmín Perez

Jefe Dpto Rehabilitacion
Cardiorespiratoria

La rehabilitación debe ser dirigida a pacientes afectados por el Covid-19 pero se encuentran en periodo de recuperación, debe ser diseñada en función a las capacidades y necesidades de cada paciente de acuerdo al sistema afectado durante y tras el Covid-19, también se deben contemplar las afecciones crónicas.

Para comenzar un plan de rehabilitación es necesario e indispensable la evaluación medica y orientación kinésica.



NEURO REHABILITACIÓN



Lic Gladys Daverio
Jefe Dpto Neurorehabilitacion

La Neurorehabilitación es una disciplina la cual busca ayudar a los pacientes con lesión neurológica para que puedan recuperar el mejor nivel de sus funciones e independencia, así como a mejorar su calidad de vida física, mental, social y si hubiere lugar, la espiritual.

Esta se realiza con la participación de profesionales con diferentes formaciones y contar con la colaboración de los individuos que sean parte del círculo familiar o personal del paciente.

Es un proceso de aprendizaje derivado de principios de las neurociencias y de la investigación, basados en la plasticidad del cerebro.

Es un programa de recuperación y rehabilitación interdisciplinaria, multimodal e integral diseñado en base a las necesidades del paciente, donde éste trabaja con un equipo de especialistas cuyo objetivo es maximizar la independencia funcional del paciente.

El programa de Neurorehabilitación se basa en conceptos actuales de tratamiento interdisciplinario, intensivo, personalizado, con plazos predefinidos y orientado hacia la continuidad del proceso en la comunidad donde vive la persona y su familia, Este proceso es documentado, y los resultados son evaluados para determinar el grado de eficacia y eficiencia del tratamiento realizado.





El programa de Neurorehabilitación se basa en conceptos actuales de tratamiento interdisciplinario, intensivo, personalizado, con plazos predefinidos y orientado hacia la continuidad del proceso en la comunidad donde vive la persona y su familia, Este proceso es documentado, y los resultados son evaluados para determinar el grado de eficacia y eficiencia del tratamiento realizado.

Se inicia con una Evaluación que nos permite determinar de acuerdo a las secuelas de enfermedades neurológicas las posibilidades de cada individuo . Luego de dicha evaluación, se hace una propuesta terapéutica, hecha a medida, de inicio precoz, con una intensidad y duración adecuada, pueden generar una mayor recuperación funcional disminuyendo la etapa de hospitalización y mortalidad.

El paciente realiza un programa basado en un modelo de aprendizaje motor normal, que conlleva la eliminación de la actividad muscular anormal, retroalimentación, reeducación, práctica e interrelación entre postura y movimiento, el programa consiste entonces en un proceso de reaprendizaje motor. Esto se demostró que a través de la ejercitación motora, se puede recuperar parcial o totalmente las funciones alteradas mediante procedimientos de rehabilitación, a través de la ejercitación activa (para maximizar la recuperación neurológica) y la repetición de patrones musculares de movimiento normales logrando instaurar nuevos patrones de movimiento, modificando funcional y estructuralmente al cerebro. Depende en gran medida en esta recuperación el tipo de lesión, la etiología y el tiempo desde que se produjo la lesión.

Los objetivos de la Neurorehabilitación es el de ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y a mejorar su calidad de vida general tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicológico y social, hacerse más independiente en su casa y cuidado personal, aceptar y conocer la enfermedad y sus limitaciones, aprender a vivir con ellas y en lo posible desarrollar nuevas capacidades.





CREENCIAS SOBRE EL CUERPO Y EL DOLOR

El papel fundamental en el manejo del dolor musculoesquelético

DEPARTAMENTO DE LESIONES MÚSCULOESQUELÉTICAS

Residente Lic. Gabriela Ozuna

Residente Lic. Araceli Martínez

El dolor musculoesquelético es una afección multifactorial. Si bien en la mayoría de los casos, el dolor es autolimitado, una proporción significativa de la sociedad continúa experimentando dolor y discapacidad a largo plazo. El dolor musculoesquelético es ahora una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y se prevé que la prevalencia de la discapacidad relacionada con el dolor musculoesquelético crecerá exponencialmente en las próximas dos décadas.

Un cuerpo sustancial de investigación ha demostrado que lo que uno cree y hace con respecto a su dolor musculoesquelético predice cuánto durará el dolor y qué tan discapacitados estarán por él. Dado que estas creencias son modificables, se consideran un objetivo importante para la prevención y el tratamiento de la discapacidad relacionada con el dolor.



Las guías clínicas recomiendan abordar las creencias erróneas/inútiles como la primera línea de tratamiento en todos los pacientes que presentan dolor musculoesquelético. Según el modelo de sentido común, cuando experimentamos un síntoma, intentamos darle sentido al síntoma formando una "representación" del mismo. Incluidas las creencias sobre:

- La identidad del dolor.
- Las causas del dolor.
- Las consecuencias del dolor.
- Qué tan controlable es el dolor.
- Cuánto tiempo durará el dolor

Estas creencias se forman a través de nuestras experiencias previas directas del síntoma; pero también puede formarse a través de nuestras experiencias indirectas al observar a otras personas con síntomas similares.



¿Cuál es el impacto de las creencias inútiles?

Juegan un papel clave en la transición del dolor musculoesquelético agudo al crónico. Los estudios prospectivos que involucran a personas sin dolor musculoesquelético, las creencias inútiles predicen la incidencia de dolor incapacitante futuro, mientras que, entre las personas con dolor musculoesquelético agudo, las creencias inútiles predicen la gravedad de la discapacidad con el tiempo.

Respuesta de comportamiento inútil.

La relación entre la creencia del dolor y la discapacidad se explica mediante el modelo de evitación del miedo. Cuando alguien cree que un síntoma como el dolor representa una amenaza para la salud resulta en un comportamiento de miedo que se manifiesta como una respuesta protectora; como evitar el movimiento, evitar actividades sociales, laborales. Existe evidencia que este comportamiento perpetúa el dolor y la discapacidad.

El proceso de cambiar creencias y comportamientos

Entrevista centrada en la persona. Completar una gráfica corporal y un cuestionario de detección multidimensional antes de la entrevista puede proporcionar información útil sobre la percepción del dolor por parte del paciente. Los elementos relevantes del cuestionario se pueden utilizar para explorar las creencias del paciente en la entrevista y el examen.

¿Cómo representa este paciente sus síntomas?

La entrevista proporciona al Kinesiólogo las pistas necesarias para un examen específico para explorar las respuestas conductuales y emocionales vinculadas a la narrativa del paciente

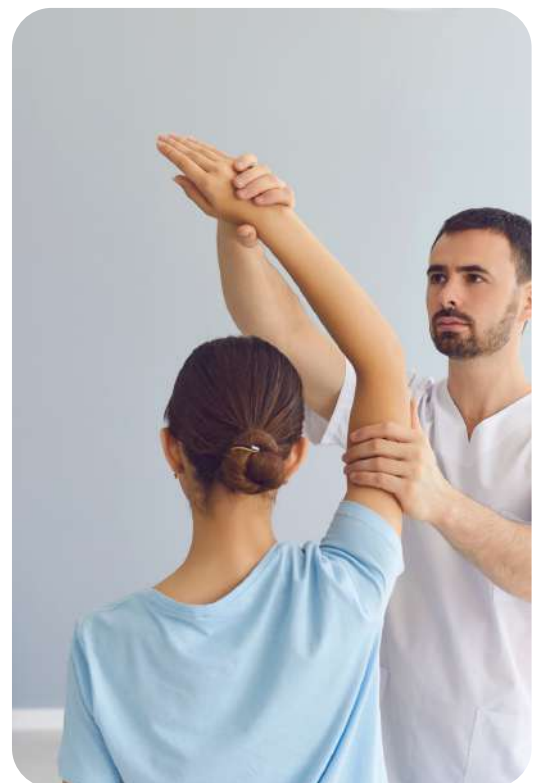


Evaluación de comportamiento

- **Objetivo:** El clínico identifica posturas, movimientos o actividades de la vida diaria específicos identificados en la entrevista como provocativos, temidos o evitados.
- **Pregunta:** antes de la exposición, el kinesiólogo le pregunta al paciente sobre sus creencias, miedos y resultados anticipados.
- **Exponer:** El Kinesiólogo realiza una observación sin juzgar los comportamientos adoptados por el paciente, como las respuestas autónomas.
- **Reflexionar:** El clínico pregunta al paciente si es consciente de su comportamiento durante la realización de la tarea y lo guía a reflexionar sobre la razón por la que adoptó tal comportamiento.

Barreras para implementar el cambio

- Son las propias creencias de los pacientes sobre el dolor y las expectativas hacia el manejo.
- Los pacientes pueden enfrentarse a mensajes mixtos o erróneos en muchos niveles de la sociedad, incluidos la familia, el trabajo y los medios de comunicación.
- La tendencia del médico a dar lecciones a los pacientes, en lugar de adoptar un enfoque de atención reflexivo centrado en el paciente.
- Falta de financiación adecuada para la atención basada en la evidencia.





Tanto los pacientes como los médicos deben comprender el dolor desde una perspectiva biopsicosocial en la que múltiples factores pueden influir en el inicio y la persistencia del dolor y que, en última instancia, el desarrollo de las habilidades de autocuidado es primordial. Las creencias de los pacientes y las expectativas de tratamiento pueden beneficiarse de las campañas en los medios de comunicación que tienen como objetivo promover la información basada en la evidencia y, posteriormente, mejorar los comportamientos de salud en el dolor musculoesquelético.

Las creencias sobre el cuerpo y el dolor musculoesquelético influyen en la respuesta conductual y emocional de una persona al dolor.

Las creencias son modificables y deben considerarse un objetivo importante para el tratamiento del dolor musculoesquelético. Los médicos tienen un papel importante en la difusión de creencias positivas basadas en la evidencia sobre el dolor musculoesquelético tanto a los pacientes como a la sociedad en general.

Como tal, alentamos al equipo de salud a ejercer la autorreflexión para explorar sus propias creencias y comprender mejor sus prejuicios, que pueden influir en su trato con los pacientes con dolor musculoesquelético



KINESIOLOGÍA UROPROCTOGINECOLÓGICA



Lic. Diana R. Cristaldo
Kinesióloga

La Kinesiología Uroproctoginecológica es una subespecialidad dentro de la Kinesiología y se encarga de la Rehabilitación de lo que conocemos como Suelo Pélvico.

El Suelo Pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior y tiene como función:

- Sustentar los órganos pélvicos y su contenido
- Oponerse al aumento de la presión intraabdominal
- Preservar la continencia urinaria y fecal
- Participar en el placer sexual, así como en la reproducción y el parto

Las modificaciones que a lo largo de la vida de la mujer sufren las estructuras del SP pueden manifestarse en forma de diversas alteraciones anatómicas y funcionales, como:

- Incontinencia urinaria
 - Incontinencia anorrectal: gases y heces
 - Disfunciones defecatorias: estreñimiento
 - Prolapso de órganos pélvicos
 - Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia, anorgasmia, vulvodinia
 - Síndrome de dolor pélvico crónico: lumbalgia, DASI, neuralgia del nervio pudendo; coccigodinia
- Desde que Kegel describió la eficacia de la contracción repetida de estos músculos para tratar la IU, la investigación en el tratamiento fisioterapéutico ha ido avanzando, hasta conseguir el importante lugar que le corresponde hoy en día tanto en la prevención como en el tratamiento inicial de la mayoría de las disfunciones uroproctoginecológicas.



Alrededor del 40% de las mujeres presentan IU durante el embarazo y el 20% durante el posparto. Por otro lado, aproximadamente entre el 28 y el 54% de las mujeres presentan síntomas de urgencia fecal, flatulencia o incontinencia fecal entre los 3 meses y 3 años después de una lesión del esfínter anal durante el parto. (Carolina Walker 2013).

De acuerdo con las últimas evidencias científicas el trabajo de suelo pélvico debe comenzar durante el periodo prenatal, con el fin de prevenir la IU al final del embarazo y el posparto.

La demanda de atención a los problemas uroginecológicos van en aumento y encontramos tanto a mujeres jóvenes como mayores que buscan algún tipo de solución a sus problemas.

Abordaje kinésico

Se basa en dos pilares fundamentales:

- La Prevención: educación y la toma de conciencia
- La Terapéutica: tres etapas

La primera etapa: incluye la evaluación, el diagnóstico, información al paciente a cerca de la patología, los cuidados, recomendaciones y la modalidad de la terapéutica a desarrollarse

La segunda etapa: utilización de las técnicas específicas dirigidas a mejorar el tono de la musculatura del suelo de la pelvis y pueden ser:

1. Tratamiento Manual Contra Resistencia
2. Electroestimulación Pelvipерineal
3. Biofeedback Pelvipерineal
4. Ejercicios de Entrenamiento de los Músculos del Suelo Pélvico (Kegel)
5. Conos Vaginales

La tercera etapa: de mantenimiento y realización del plan de ejercicios en el domicilio, favoreciendo un mejor soporte de las estructuras pélvicas y una adecuada movilidad uretral, favoreciendo así mismo la respuesta contráctil rápida y coordinada frente a los esfuerzos, que aumenta la presión de cierre uretral.

La reeducación del suelo pélvico, al actuar sobre las fuerzas de retención activas dependientes de la voluntad, tiene como objetivos, restablecer la continencia de la paciente y evitar un deterioro de la estática lumbopélvica.





OSTEOPATIA



Lic Maria Yolanda Centurion

Es un sistema de curación que pone énfasis principalmente sobre la integridad de la unidad del cuerpo que rige la buena salud y evita la enfermedad.

Las bases de la osteopatía fueron establecidas por un médico Americano, el Dr. Andrew Taylor Still, en 1872. El concibió la osteopatía para estimular la capacidad de autosanación del cuerpo humano y enunció principios básicos para la práctica de la osteopatía

Para la Asociación Americana de Osteopatía: La Osteopatía es el sistema de curación que pone énfasis principal sobre la integridad estructural del cuerpo

Es una ciencia basada en la anatomía, fisiología, semiología y biomecánica.

- **Los Principios de la Osteopatía:**

- -La estructura gobierna la función: La estructura representa las diferentes partes del cuerpo, huesos, músculos, fascias, vísceras, glándulas, piel, etc. La función es la actividad de cada una de estas partes como la respiratoria, cardíaca, digestiva, etc.
- El trastorno de la estructura origina alteraciones en la función (enfermedades)
- -La unidad del cuerpo: el cuerpo tiene la facultad de encontrar o reencontrar su equilibrio
- -La auto curación: el cuerpo es capaz de auto curarse a condición de que sus medios sean libres de funcionar correctamente
- -La ley de la arteria es Absoluta: una lesión osteopática conlleva un trastorno circulatorio y nervioso que hace vulnerable un órgano o un sistema

TIPOS DE OSTEOPATIA

- -ESTRUCTURAL: Enfocada al tratamiento del aparato musculo esquelético restableciendo la movilidad y manteniendo la elasticidad en todos los sistemas.
- -CRANEAL: Esta dominada por dos fenómenos: El movimiento presente en las suturas del cráneo-Un impulso rítmico en el interior del cráneo que es distinto de todo pulso conocido llamado Movimiento Respiratorio primario (MRP)
- -VISCERAL: Se ocupa de las disfunciones viscerales que son perturbaciones de la homeostasis de uno o varios órganos, que llevan a modificaciones circulatorias, linfáticas, neurovegetativa y dinámicas del órgano provocando una pérdida de la integridad fisiológica del órgano





ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREA



Lic Ariel Caballero
Jefe de Dpto Rehabilitacion Traumatológica

MECANISMO DE ACCIÓN

El tratamiento de ondas de choque está basado en una onda acústica que lleva mucha energía a los puntos dolorosos y tejidos musculoesquelético con condiciones subagudas, subcrónicas y crónicas.

La energía promueve la regeneración y procesos reparativos de los tendones los tendones, músculos y otros tejidos blandos. La energía cinética del proyectil, generada por el aire comprimido, se transfiere al transmisor en el extremo del aplicador y adentrándose en el tejido donde disuelve calcificaciones, cura la inflamación crónica y alivia el dolor crónico

Tipos de ondas de choque

- Existen dos tipos de ondas de choque (Radial y Focal), esto es relevante tanto para el protocolo de tratamiento como para su aplicación según el tipo de lesión.

-

• EFECTOS BIOLÓGICOS

- Nueva formación de vasos sanguíneos
- Curación de la inflamación crónica
- Aumento de la producción de colágeno
- Eliminación de calcificación
- Liberación del mediador del dolor "Sustancia P"
- Eliminación de los puntos gatillos

Las ondas acústicas con pico de alta energía usadas en la terapia de ondas de choque interactúan con los músculos, tendones y huesos causando efectos médicos generales de reparación acelerada de tejidos, crecimiento celular, analgesia y restauración de la movilidad. Todos los procesos mencionados en esta sección se emplean típicamente de forma simultánea y se utilizan para tratar las condiciones crónicas, subagudas y agudas (se sugiere la aplicación por usuarios calificados).

INDICACIONES

- Epicondilitis y epicondialgias: es una patología caracterizada por dolor en la cara externa del codo, sobre el epicóndilo (prominencia ósea más externa del codo), como resultado de una tensión mantenida o por sobreesfuerzos repetidos.
- Tendinitis y Tendinopatias crónicas: la tendinopatía crónica designa una inflamación de los tendones que perdura en el tiempo.
- Tendinopatias calcificantes: es una patología común en el hombro y produce dolor.
- Entesitis aquilea: que es la tendinitis del tendón de Aquiles.
- Fascitis plantar y espolón calcáneo. Las ondas de choque son un tipo de tratamiento muy adecuado para tratar fascitis plantares u otro tipo de patologías de tipo inflamatorias como las tendinitis.
- Pseudoartrosis y retardos de consolidación de las fracturas; en general, es aceptado que si la consolidación no es efectiva en 6-8 meses, estamos frente a una pseudoartrosis.
- Fibrosis muscular postraumática: se llama así a la sustitución del tejido muscular por tejido fibroso o acumulación de fibras de colágeno tras un traumatismo.
- Osteocondritis y necrosis avascular: la primera es la pérdida de vitalidad de un hueso y la segunda es una enfermedad resultado de la pérdida temporal o permanente de la entrada de sangre en los huesos.
- Acciones sobre el tendón.
- Respuesta mito génica y morfogénica: es decir, que favorecerá la mitosis celular y, por tanto, la regeneración tisular. Por otro lado, aumenta la formación de hueso, cartílago o tejido conjuntivo nuevo.
- Aumento de tenocitos por lo que los tendones se irán regenerando.
- Aumento en la expresión a tgfJ1 y igf-1. Factores de crecimiento insulínico 1.
- Promueve la neovascularización: por lo que se generarán vasos sanguíneos nuevos y la zona estará revascularizada.

Evidencia científica

La efectividad de las ondas de choque como instrumento que provoca cambios biológicos o físicos en el tejido o calcificaciones se lleva comprobando desde 1980, año desde el que se utilizan para deshacer los cálculos renales sin necesidad de una intervención quirúrgica. Desde entonces, y de manera progresiva y gradual, se ha ido incorporando la aplicación de las ondas de choque en otros tratamientos, sobre todo los de naturaleza fisioterapéutica, ortopédica, en medicina deportiva e incluso en asistencia veterinaria. En todos estos campos, las ondas de choque se han convertido en un instrumento de uso común.

Sin embargo, las evidencias científicas acerca de las ondas de choque se reflejan a lo largo de más de 40 artículos extraídos de las bases de datos de distintos servicios de medicina privada desde 1988 hasta 2003, versando todos ellos sobre tratamiento musculo esquelético con ondas de choque, en los que se recogen los resultados de su aplicación en tratamientos tan diversos como la Fascitis plantar, la Epicondilitis o codo de tenista, la epitrocleititis o codo de golfista, tendinitis calcificada de hombro, tendinitis no calcificada de hombro, trastornos de las articulaciones o el retraso de consolidación de fractura. Entre todos ellos, la evidencia de la efectividad de las ondas de choque se demuestra satisfactoria en un 79,5 %. Además, queda como constancia su uso generalizado en servicios hospitalarios tanto públicos como privados.



FASCITIS PLANTAR



Dpto. Rehabilitación Traumatología

R.LIC. PAOLA ROMERO

R.LIC. CRISTINA SANABRIA

¿QUE ES? FASCIA PLANTAR

La fascia plantar es una aponeurosis de tejido conjuntivo fibroso, situada profunda a la piel, de la cual se halla separada por una gruesa capa de tejido graso. Se divide en tres porciones: media, interna o medial y externa o lateral, que se corresponden con los grupos musculares medio, medial y lateral de la planta del pie. La función principal de la fascia plantar es la de proveer soporte estático al arco longitudinal del pie y amortiguación dinámica en la locomoción. (Craig, Darin, & Mark, 2001)

Funciones

- Mantiene el arco longitudinal interno.
- Produce una supinación en la ASA, en la fase propulsiva de la marcha.
- Previene aplanamiento del arco longitudinal interno.
- Reduce las fuerzas tensiles de los ligamentos plantares del tarso medio.
- Previene las fuerzas de compresión dorsal en el medio pie.
- Reduce las fuerzas reactivas del suelo (FRS) en las cabezas metatarsales durante la fase de apoyo medio y propulsión de la marcha.
- Ayuda a absorber y relajar la energía elástica de deformación que se produce en la carrera y el salto.

Fascitis plantar

La fascitis plantar es la expresión de un desgarro intersticial inflamatorio, producido por microtraumatismos repetitivos o por fatiga en la fascia plantar.

Causas

La presencia de microrroturas en la fascia derivadas de traumatismos de repetición, producen la degeneración progresiva del colágeno ocasionando tendinosis, degeneración de la fascia y necrosis. En cuanto a su prevalencia el 10% de la población sufre esta patología con el transcurso de su vida.

Síntomas

Dolor:

- Tipo quemante, inicio insidioso
- Con la bipedestación
- Dorsiflexión
- Mejora con el reposo
- Parestesias

Factores predisponentes

- Causas intrínsecas: Pie cavo o plano, pronación excesiva del pie, deficiencias musculares o pérdida de elasticidad de la musculatura flexora plantar.
- Causas extrínsecas: Calzado inadecuado, sobrecargas posturales y funcionales o marchas prolongadas por terrenos irregulares.





Exploración física

Localización del dolor.

Cara interna del pie, arco plantar

Frecuentemente se distribuye cerca del tobillo (cara medial)

Asociado a dolor de talón, a nivel del calcáneo (zona de apoyo proximal)

Inspección con podoscopio

Pies valgos

Sin disimetrías

Camina de puntillas con dolor

Palpación

Dolor a la presión retromaleolar tibial

Dolor en cara interna del pie

Dolor en vertiente interna de la planta del pie



Evolución del dolor

Inicio del dolor tras marcha sobre terreno asfaltado

Evolución del dolor:

- Inicialmente desaparecía el dolor con leves reagudizaciones
- Actualmente el dolor de forma continua, durante el trabajo prolongado

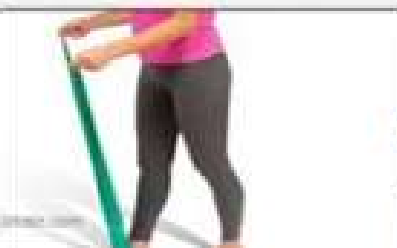


Rehabilitación de la fascitis plantar



Plantillas correctoras
kinesiotape

Estiramiento de
musculatura posterior
de la pierna.
Masaje profundo



Ejercicios
correctivos



Mejorar la funcionalidad del paciente

Programas de ejercicios
progresivos de
fortalecimiento
excéntrico y estiramiento

Fortalecimiento progresivo del tibial
posterior una vez superada la
inflamación

Elongar la musculatura posterior de
la pierna, mejorar la flexión dorsal

Fortalecimiento progresivo de
músculos inversores del pie y de los
flexores de los dedos

Propiocepción



Agentes físicos

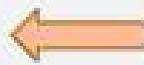


Ondas de choque



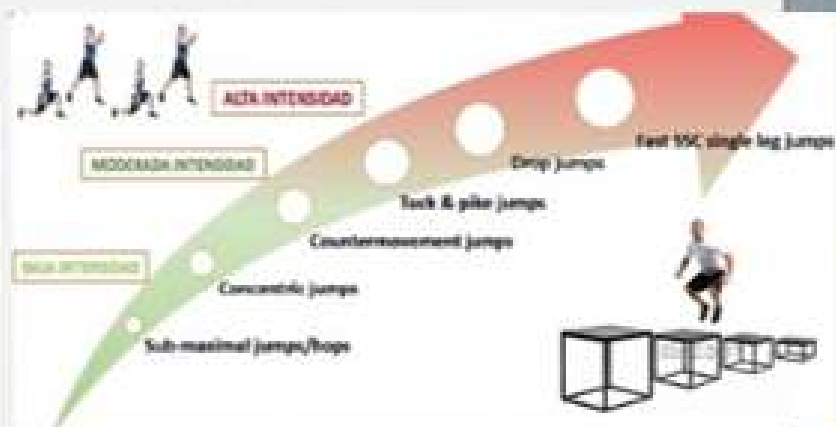
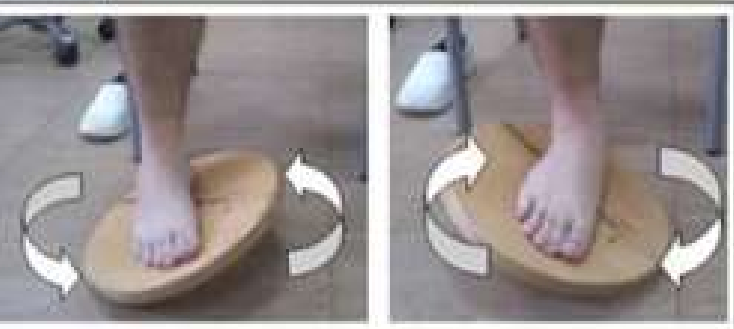
Parafina

Laser
Ultrasonidos



Propiocepción y pliometría

- Carga total, apoyo mono podal estático y dinámico





Tratamiento medico

- o Cirugía: Algunas personas requieren una intervención quirúrgica para separar la fascia plantar del hueso calcáneo. Generalmente es una opción solo cuando el dolor es severo y los otros tratamientos han fracasado. Se puede realizar como un procedimiento abierto o a través de una pequeña incisión con anestesia local.



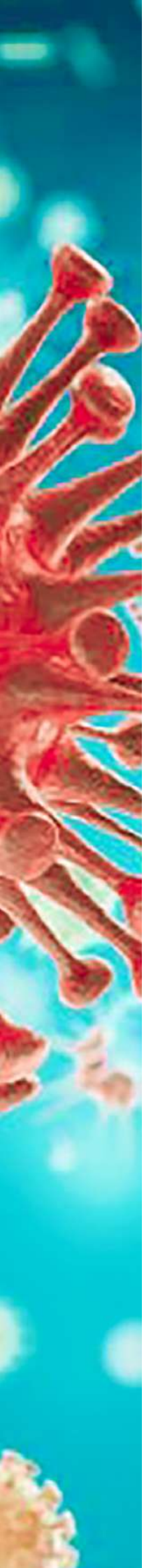
A vertical strip on the left side of the page shows a microscopic view of a coronavirus particle. It has a red, spiky surface with many small, rounded protrusions. The background is a bright blue with some lighter blue, out-of-focus spots.

DOCUMENTOS INFORMATIVOS DE LA WCPT

Rehabilitación en fase aguda del COVID-19

Los fisioterapeutas son esenciales para el arduo trabajo de rehabilitación en la fase aguda del COVID-19. Los gestores de los servicios deben asistir al personal que es trasladado a entornos de práctica no habituales, brindándoles la formación y el apoyo adecuados. Los fisioterapeutas deben participar en la planificación de la prestación de servicios a nivel estratégico y operacional. La práctica debe adaptarse al contexto cambiante de la prestación de servicios y a las novedades que vayan surgiendo. Los fisioterapeutas son esenciales para la rehabilitación a medida que los pacientes pasan de la fase aguda a la fase post-aguda.

Las necesidades de rehabilitación individuales pueden ser específicas para las consecuencias del COVID-19 en personas por lo demás sanas, como la recuperación de las consecuencias de un prolongado periodo de



ventilación, inmovilización y deterioro de las condiciones físicas, lo que puede incluir el deterioro de sus capacidades respiratorias, neurológicas, musculoesqueléticas o de otro tipo.

Las necesidades de los pacientes con comorbilidades preexistentes pueden ser significativas, por lo que puede ser necesario recurrir a la experiencia de los fisioterapeutas que trabajan en distintas disciplinas para garantizar un plan de rehabilitación integrado.

Los canales de prestación de servicios deben apoyar la transición de la fase aguda a la fase post-aguda en todos los entornos, y la forma de lograrlo es mediante un enfoque intersectorial y multidisciplinario.

SERVICIO A LA COMUNIDAD



Residencia de Kinesiología



EXTENSIÓN UNIVERSITARIA CON ALUMNOS DE LA CARRERA DE KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA UNA





EJERCICIOS A PACIENTES DIABÉTICOS



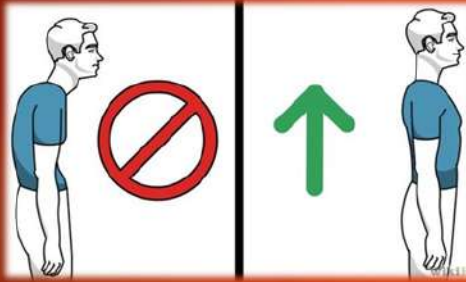
ESCUELA DE COLUMNA



En el 2018 se realizó una jornada de concienciación sobre los cuidados de la columna. El taller estuvo dirigido a quien estuviese interesado/a en aprender sobre la importancia de prevención y tratamiento de dolores vertebrales.

La charla estuvo dirigida y coordinada por las Licenciadas Yolanda Centurión y Claudia Bernaola, a su vez contó con la participación de los Residentes de ese año.

Cuidar la postura



MOVERNOS = estilo de vida saludable

30 minutos por día





Presentación de trabajo de monografía Lic
Belen Chavez, Lic Henry Kennedy



PANDEMIA COVID-19

Rol del Kinesiólogo vital en la
asistencia de pacientes

USAR TAPABOCAS

MANTENER DISTANCIA

SOCIAL

LAVATE LAS MANOS



