

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Kinesiología y Fisioterapia

REVISTA INFORMATIVA

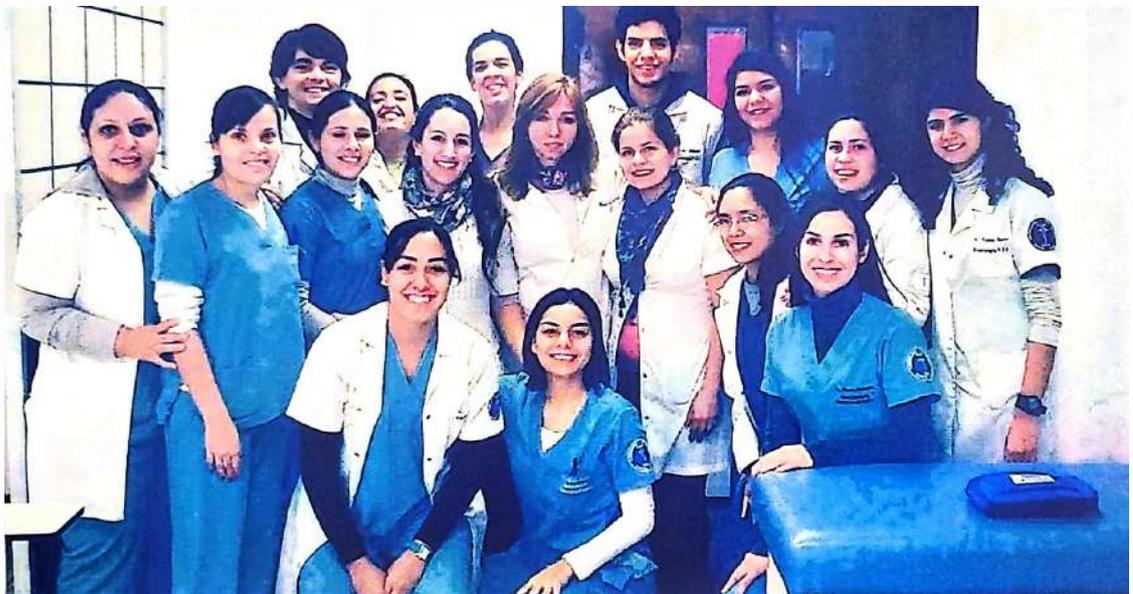
RESIDENCIA

KINESIOLOGÍA



- Paraguay -
Numero 2
Año 2021





AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS -UNA-

Decano

Prof. Dr. Osmar Cuenca Torres

Vicedecano

Prof. Dr. Fabricio Frutos Porro

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



Responsables Editores de la publicación

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

Colaboradores

Lic. Diana Cristaldo
Lic. Carolina Sotelo
Lic. Silvia Cuevas
Residentes de Kinesiología



CONTENIDOS

ES MOMENTO DE INNOVAR - REDES SOCIALES PARA EDUCAR -

TWITTER PASOS A SEGUIR

LESIONES DE HOMBRO

INESTABILIDAD DE HOMBRO

DOLOR LUMBAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ELECTROESTIMULACIÓN TRANSCRANEANA
POR CORRIENTE CONTINUA TDSC

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

CPAP DE BOUSSIGNAC

FRACTURAS DE COLLES

ESCUELA LUMBO PELVIPERINEAL EN EMBARAZADAS

Es momento de Innovar

Redes sociales para educar

En la actualidad existen numerosos ejemplos de instituciones prestigiosas en salud que utilizan las redes sociales para comunicar información de interés general y difundir medidas preventivas.

En estas circunstancias vimos en la necesidad de crear un medio de contacto con la sociedad a través del cual podamos brindar información sencilla de calidad a la población en general y que permita dar a conocer los alcances de nuestra profesión.

Para cumplir nuestro objetivo creamos una cuenta de Twitter institucional de la Residencia en Kinesiología

La elección de esta herramienta se basó en su característica principal del Twitter que es facilidad para compartir un mensaje breve al cual se le puede agregar un vínculo que amplía el contenido a la información socializada.

Es importante destacar el crecimiento en el uso del Twitter por profesionales y estudiantes de las diferentes carreras de la salud lo que ayuda a promocionar y difundir trabajos de investigación.

La creación de esta cuenta brindará un canal de comunicación para dar a conocer las diferentes especialidades de nuestro ejercicio profesional, que en muchos casos no están suficientemente divulgadas en nuestro medio.

Nuestros objetivos para el uso del Twitter son:

- Enviar mensajes breves con contenido avalado sobre temas de salud de interés general
- Promocionar actividades de la Residencia de Kinesiología
- Promocionar la investigación de centros de referencia en Kinesiología
- Socializar infografías de temas relevantes en la profesión
- Promover la reflexión acerca de la información que se comparte en redes sociales

La cuenta se identificará con un logo creada al efecto por la Lic Silvia Cuevas.



Lic. Claudia Bernaola

Twitter Pasos a Seguir...



LIC .SILVIA CUEVAS

El contenido a ser socializado a través de la red social Twitter, será creado o desarrollado por todos los miembros de la comunidad educativa de la Residencia de Kinesiología y Fisioterapia de la FCM - UNA.

Se buscaran contenidos de interés y la información difundida será previamente analizada por las autoridades de los Departamentos.

Se confeccionará un calendario para ordenar las comunicaciones semanalmente e ir liberando en forma ordenada la información ,a manera de mantener activa la cuenta. Cabe aclarar sobre el contenido, que se tendrá muy en cuenta los derechos de autor y otras reglamentaciones vigentes.

La cuenta ya se encuentra activa y estos son nuestros posteos iniciales:



Follow us on Twitter!



Residencia Kinesiología... · 23/08/2021 ···

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios.

Recordemos estas estrategias preventivas

PASO SEGURO

- Evitar obstáculos
- Evitar caminar sobre el suelo mojado

CALZADO SEGURO

Utilizar calzado seguro que tenga suela antideslizante, taco bajo y que se sujete al pie.

APARTAR OBJETOS QUE PUEDAN INTERFERIR EL PASO

Pueden ser mesas bajas, alfombras, entre otros elementos que puedan provocar un tropiezo

UTILIZAR BARRERAS DE APOYO Y ANTIDESLIZANTES

En sanitarios, escaleras y otros lugares de difícil tránsito.

🗨️ ↻️ 1 ❤️ 2 📤

Nuestros Tweets...



Residencia Kinesiología... · 20/08/2021 ···

Importante reconocer los síntomas y signos de la parálisis facial. Consultar a tiempo con un profesional capacitado es la clave.

PARALISIS FACIAL

La parálisis facial es una condición que ocurre debido a un trastorno del nervio facial, los músculos encargados de la movilidad y expresión de la cara se paralizan. Existen diferentes causas de por qué se produce, entre ellas: traumáticas, tumorales, infecciosas e idiopática.

SIGNOS DE ALARMA Y MANIFESTACIONES

- AFECCION MOTORA NO SENSITIVA
- DOLOR DETRAS DE OREJA, CABEZA Y CUELLO
- ASIMETRIA DEL ROSTRO

INCAPACIDAD PARA LEVANTAR LA CEJA Y CERRAR EL OJO PARCIAL O TOTALMENTE
INCAPACIDAD PARA MOVER LOS LABIOS E INFLAR LA BOCA

FUENTE: SEMIOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO DE FUSTINONI - 15A EDICION

🗨️ ↻️ 8 ❤️ 10 📤

LESIONES DE HOMBRO

Lic. Carolina Sotelo.

La articulación del hombro es la más móvil del cuerpo por ende la más inestable, la función de dicha articulación es la de posicionar a la mano para realizar todas las actividades que desempeñamos en la vida cotidiana.

Anatómicamente el hombro está compuesto por el enfrentamiento de 2 superficies óseas: la cavidad glenoidea del omóplato (escápula) y la cabeza del húmero además de un sistema de contención pasiva que corresponde a una cápsula que envuelve a las superficies articulares y ligamentos que refuerzan dicha capsula. El componente activo lo conforman los músculos que se encargan de la movilidad.

Podemos clasificar las lesiones mas comunes según la causa, en el siguiente esquema se describen las patologías más comunes:



Para el diagnóstico de las patologías de hombro se requiere de una evaluación que implica el historial clínico del paciente, examen físico y en ocasiones estudios complementarios.

Una vez determinado el diagnóstico la resolución puede ser quirúrgica o no quirúrgica (conservadora). Ésta última puede consistir en la indicación por parte del profesional médico de fármacos, inmovilización, rehabilitación, terapias específicas, etc. En este sentido podríamos citar como ejemplo las fracturas a nivel del humero proximal, en las cuales son de fundamental importancia las características del trazo fracturario, fragmentos y estado general del paciente en la toma de decisión para la elección del tratamiento.

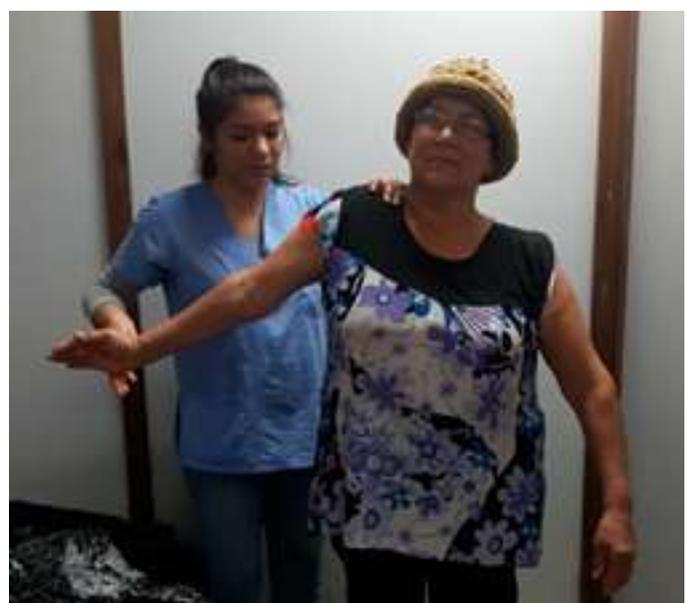
En cuanto a los pacientes que acuden a servicios de rehabilitación es importante que reconozcan las fases del proceso de recuperación. El objetivo principal de este proceso es el de devolver al paciente al mismo nivel de actividad previo a la lesión.





El dolor de hombro por causas no traumáticas puede presentarse de varias maneras: de forma difusa, de forma diferida o irradiada, dolor nocturno o asociado a movimientos específicos. El tratamiento del mismo será determinado mediante la evaluación, no obstante, agentes físicos como la aplicación de crioterapia pueden ayudar a la disminución del dolor.

En cuanto a las limitaciones de movimiento, los mismos dependerán del grado de afectación de las estructuras por lo que el diagnóstico y abordaje temprano son oportunos.



Lic. Carolina Sotelo.
RP. 1144



INESTABILIDAD DE HOMBRO

RESIDENTES LIC. SILVIA VILLAMAYOR LIC. VIVIAN ALVARENGA
LIC. DAVID ARANDA LIC. LILIANA ENCISO

DEFINICIÓN

• El hombro es la articulación más móvil del cuerpo y, por tanto, susceptible a la inestabilidad. La inestabilidad del hombro es un movimiento anormal sintomático de la articulación glenohumeral. Puede presentarse como dolor o una sensación de desplazamiento (subluxación o dislocación).

INCIDENCIA

• El 10% de todas las lesiones deportivas son lesiones de hombro. El 96% de las luxaciones de hombro se atribuyen a un evento traumático mientras que el 4% son atraumáticas debido a lesiones leves o uso repetitivo.

ALTERACIONES

Para que aparezcan los síntomas se debe dar una alteración de uno o más de estos sistemas de forma aislada o conjunta:

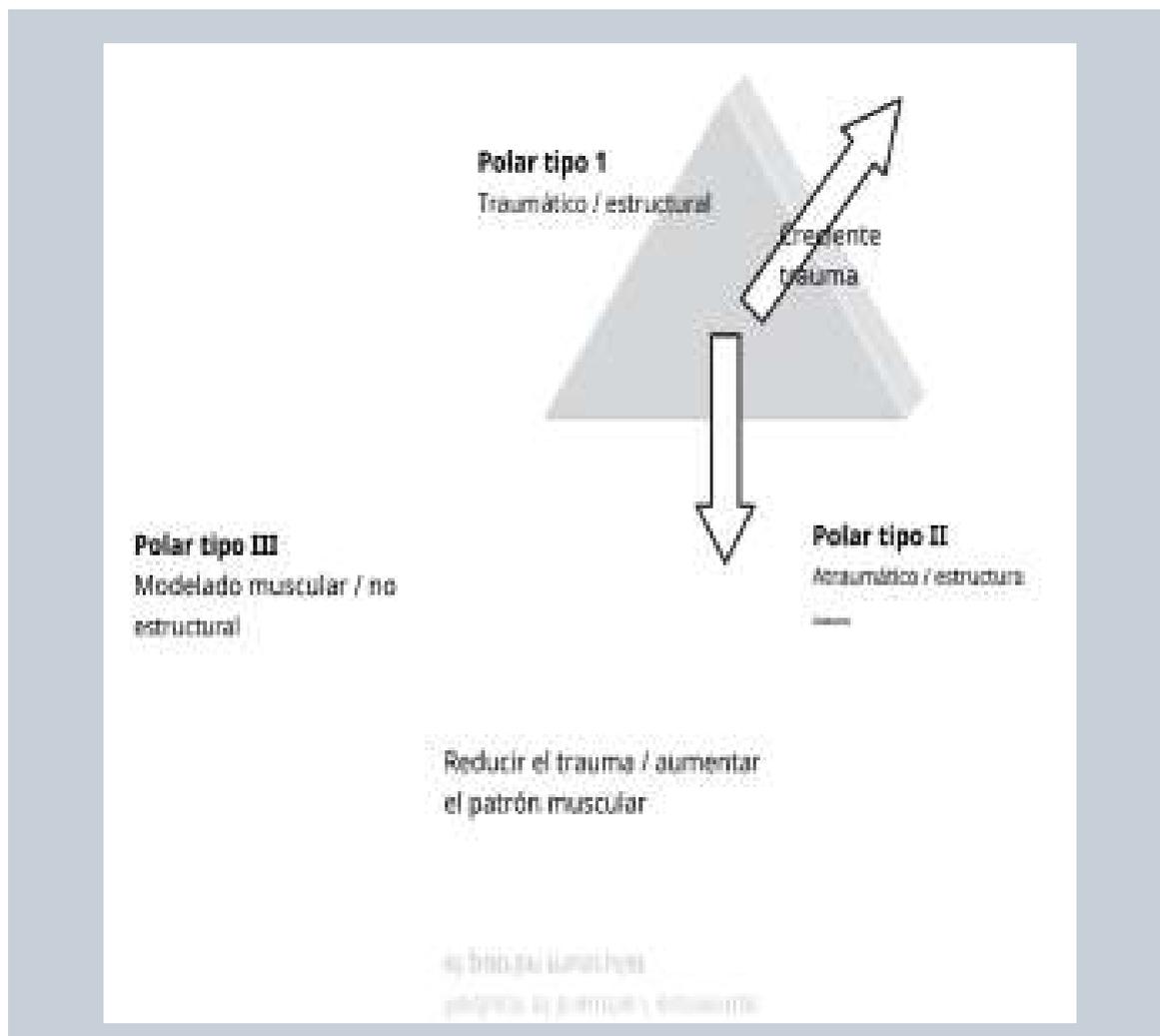
- Manguito rotador
- Sistema nervioso central y periférico
- Complejo capsulolabral y mecanismo propioceptivo
- Contacto entre la cavidad glenoidea y cabeza humeral

DIAGNÓSTICO

Para realizar un correcto diagnóstico se debe incluir una historia clínica, la cual debe contemplar un interrogatorio sobre antecedentes traumáticos referente a la lesión y un examen físico que incluya pruebas de provocación que reproduzcan síntomas, pruebas que determinen la dirección de la inestabilidad.

CLASIFICACIÓN STANMORE

- Polo I: Inestabilidad estructural traumática
- Polo II: Inestabilidad estructural atraumática
- Polo III: Inestabilidad del patrón muscular



HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

Polo I

Es más común encontrar test de aprehensión positivo en dirección anterior. El manguito rotador se encuentra debilitado mayormente el subescapular, el cual se evalúa con test como el belly press y el lift-off. La postura global, el balance unipodal y el control unipodal se encuentran sin alteraciones.

Se deben realizar estudios de imágenes como Resonancia Magnética Articular y artroscopia para confirmar diagnóstico.

Polo II

La inestabilidad del segundo polo es de característica atraumática por ese motivo encontramos hiperlaxitud general, rotación externa excesiva y un déficit de rotación interna glenohumeral, estos dos últimos pueden llevar a un pinzamiento interno. El déficit de rotación interna puede deberse a estructuras posteriores rígidas.

El examen global de la postura nos puede dar datos de inestabilidad de la zona media, mientras que el examen dinámico de la escapula podemos observar escapula alada.

El equilibrio unipodal se ve alterado en el lado contralateral.

Polo III

La inestabilidad en el tercer polo se debe a un déficit en el control motor por lo que se evalúa con una electromiografía dinámica. El paciente refiere un historial de "se me sale el hombro en todo momento". También se encuentra hiperlaxitud global. En la palpación encontramos tono anormal de pectoral mayor y menor y dorsal ancho

MANEJO DE HOMBRO INESTABLE

Etapa protectora

Tipo I: Inmovilización (4 a 6 semanas)

Tipo II y III: Evitar actividades que exacerban los síntomas.

Ejercicios de cadena cinética cerrada

Ejercicios isométricos submaximos (subescapular aislado del pectoral mayor) presionando una almohada contra la panza

Etapa intermedia

En la etapa intermedia se busca mejorar la alineación postural con ejercicios para promover el balance y la resistencia muscular en casos de inestabilidad tipo I y tipo II.

Se realizan ejercicios de los músculos del manguito rotador para mejorar la resistencia, la propiocepción y el control motor dependiendo del tipo de inestabilidad

Etapa avanzada

La etapa final de la rehabilitación se centra en la Fuerza continua y resistencia. Entrenar patrones de movimientos hacia tareas funcionales. Los pacientes deportistas es importante que logren 5 componentes claves, antes de llegar al deporte que son:

- Flexibilidad
- Fuerza
- Equilibrio
- Propiocepción
- Confianza





DOLOR LUMBAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

DEPARTAMENTO DE LESIONES MÚSCULOESQUELÉTICAS
Residente Lic.Silvia Villamayor

Es un dolor localizado en la parte baja de la espalda, correspondiente a la zona lumbar de la columna vertebral, este dolor suele ser benigno en niños y adolescentes, sin embargo, es fundamental reconocer las señales de alarma que indican la necesidad de imágenes, derivación, ortesis o cirugía. Se ha observado que el 50% de los niños mayores de 11 años ha presentado dolor lumbar en algún momento de su vida, de los cuales el 58,1% fueron mujeres y el 43,2% varones. En adolescentes se observó que el 66% de ellos presentó dolor lumbar a los 16 años de edad, el 59,3% en aquellos que ven la TV entre 1 a 2 horas por día y un 68,8% en los adolescentes que ven la TV más de 2 horas por día.

La práctica deportiva de algunos jóvenes podría desencadenar dolor lumbar, sobre todo aquellos que demanden mayor colisión en su práctica tales como: el fútbol, hockey, rugby, golf, remo, gimnasia, natación y tenis. Otros factores de riesgo serían el sedentarismo, la obesidad, historia familiar previa de dolor lumbar, actividades que involucren gran esfuerzo físico, factores psicológicos y sociales adversos.

En cuanto a la etiología del dolor lumbar si bien en niños y adolescentes suele ser transitorio y benigno sin causa definida, debemos prestar mucha atención en aquellos niños, sobretodo en edad escolar, cuyo dolor persiste entre 3-6 semanas, ya que podrían deberse a causas más graves como: Espondilólisis espondilolistesis, escoliosis idiopática, enfermedad de Schevermann, artritis inflamatoria, infección (discitis) o incluso tumores.

Al momento de la evaluación es importante realizar una buena recolección de datos, debemos preguntar al paciente cuando inició el dolor, en que momento aparece, la duración de los síntomas, las actividades que realiza y los deportes que practica.

Otro punto a tener en cuenta sería los factores agravantes del dolor ya que nos podrían ayudar a encaminar nuestro diagnóstico, sabiendo que el dolor agravado en flexión podría acreditarse a una distensión muscular o una patología de disco y un dolor agravado en extensión deberse a un factor estructural como espondilólisis/espondilolistesis, escoliosis o enfermedad de Secheverman. Finalmente al examen físico debemos realizar la inspección/palpación directa de la columna, la pelvis y las regiones paraespinales, la amplitud de movimiento lumbar, la evaluación de las raíces nerviosas, las pruebas de sensibilidad, fuerza y los ROT.

El abordaje kinésico es fundamental para la disminución de estos síntomas siempre y cuando el origen de este no sea de una etiología cuyo tratamiento requiera ingresar al quirófano, este abordaje variará de acuerdo al estadio en el cual se encuentre cursando el dolor el paciente.

Debemos saber que en el estadio agudo el dolor será un factor predominante y nos guiará en el proceso de rehabilitación, anteriormente utilizábamos las siglas en inglés RICE que significa (Descanso, hielo, compresión, elevación) como tratamiento para esta etapa, hoy en día preferimos abordar de acuerdo a las siglas MICE donde M significa movimientos que reducen o no aumentan el dolor en el plano sagital, frontal o transversal, I hielo, C control del Core y E ensayo de extensión o sea determinar si el dolor se centraliza con este movimiento. En el estadio subagudo incluiríamos ya el entrenamiento con ejercicios correctivos, la terapia manual, estiramientos y ejercicios de fuerza. Finalmente en el estadio crónico el dolor ya no será un factor limitante para el abordaje, aquí añadiremos además de lo anterior movimientos direccionados y termoterapia con calor continuo en la zona dolorosa. Es fundamental adecuar siempre nuestro plan de tratamiento de acuerdo a la necesidad de cada paciente y los objetivos que deseamos alcanzar como terapeutas en la rehabilitación de cada uno de nuestros pacientes.

ELECTROESTIMULACION TRANSCRANEANA POR CORRIENTE CONTINUA TDSC

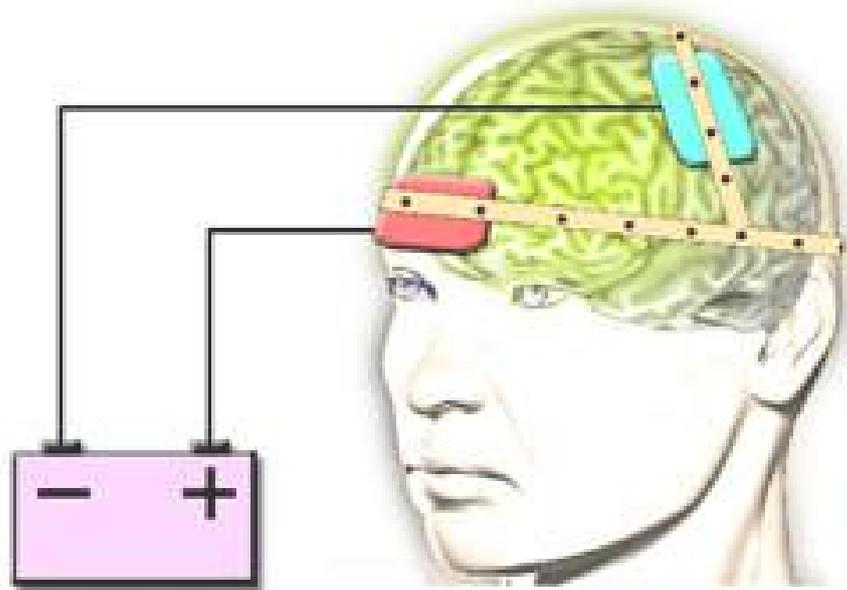


La TDCS - Estimulación Transcraneal por Corriente Directa, es una técnica de Neuromodulación Cerebral no invasiva, que aplica una corriente galvánica a baja intensidad sobre el cuero cabelludo (transcraneal) con el objetivo de estimular áreas específicas del cerebro, el principal mecanismo de la TDSC es una modulación subliminal de potencial de membrana o alteración de la estabilidad cortical y de actividad dependiente del flujo de corriente nueva que ocurre en la neurona para estimular.

La introducción de esta técnica en la práctica clínica permite su combinación con otras técnicas, como neuromodulación percutánea, electrólisis percutánea, ejercicio terapéutico, etc..., permitiendo la potenciación de las mismas, acelerando los tiempos de recuperación y reduciendo el consumo de fármacos.

El efecto biológico del campo eléctrico de la TDSC eleva la frecuencia de movimientos de neurotransmisores, células de la glia, una microcirculación de micro vasos, modulación de un proceso inflamatorio principalmente y una analogía con la modulación farmacológica.

La TDSC no induce actividad en reposo, ella apenas modula espontáneamente agentes neurales activos, consecuentemente la respuesta final de TDSC consta de diferentes factores que son: fisiológicos previos y la estructura neural a ser estimulada. El mecanismo de acción tiene dos efectos uno agudo que actúa directamente sobre la estabilidad cortical, y el otro crónico, modifica la plasticidad.



TDSC es una técnica que va a aplicar una corriente eléctrica entre 1 - 2 mA, con dos o más electrodos con el propósito de facilitar la corriente eléctrica generada en un dispositivo, no en la cabeza ni en el encéfalo del paciente.

Los dispositivos fueron muy utilizados por diferentes investigadores, y han demostrado ser extremadamente seguros.

Esta técnica tiene que utilizarse con un Electro Estimulador, electrodos de silicona flexibles recubiertos con una esponja húmeda con solución salina al 9%, con bandas elásticas para tener buena adaptación a la cabeza del paciente, la técnica puede ser Uni o Bipolar, con una intensidad de 1 - 2 mA. en adultos y de menor intensidad en niños, con una duración de 20 - 40 min.



Lic. Gladis Daverio
Jefe Dpto Neurorehabilitación

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

RESIDENTES GONZÁLEZ, JORGE; MULLER THIES, MARLENE; PORTILLO ANA LIZ;
SANABRIA CRISTINA



La Esclerosis múltiple, es considerada una enfermedad autoinmune del sistema nervioso central. Su evolución es crónica y se caracteriza por la aparición de un proceso inflamatorio y desmielinizante que ocasiona un deterioro en la transmisión neuronal y con ello alteraciones de las funciones cerebrales que dan origen a una gran cantidad de signos y síntomas.

Etiología y Patogenia.

Sus mecanismos etiológicos aún no están bien establecidos; sin embargo, se ha relacionado con:

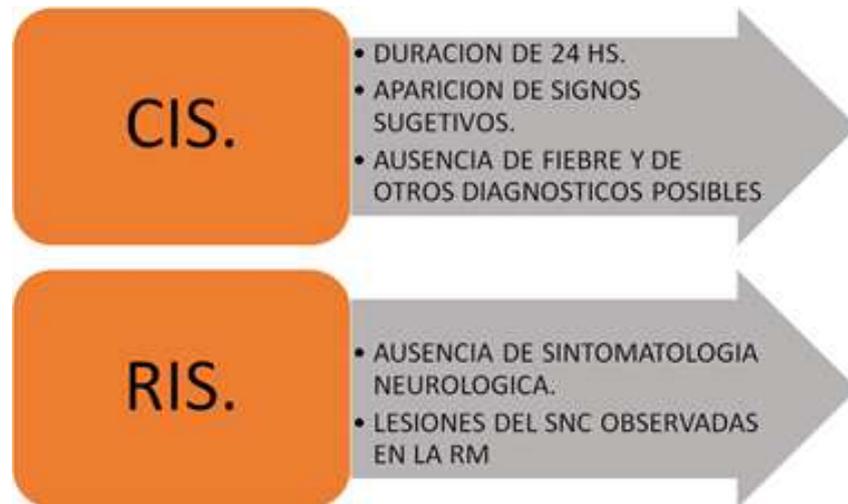
Agentes Genéticos: que se ven influenciados factores ambientales, tales como tabaco, la vitamina D, el virus Epstein Barr, la exposición solar.

Patogenia: es poco conocida, sin embargo, la teoría de un proceso inmunitario que provoca una desmielinización del sistema nervioso central es la hipótesis más aceptada. Este proceso ocurre mediante la migración de linfocitos T autorreactivos desde la periferia hacia el SNC con capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica (BHE). Ocasionando fuertes estímulos inflamatorios la cual podría dar inicio a la respuesta inmune. Ambos desencadenan daño tisular que ocasionan liberación de antígenos en la periferia, lo que ocasiona respuesta inmune en el tejido linfoide, seguido de invasión de linfocitos en el SNC. Tanto el sistema inmune innato que consiste en las células fagocíticas, también tienen un papel importante en el inicio y progresión de esta patología. Los macrófagos promueven las células pro inflamatorias de las células T y las células B ocasionando daño tisular. La activación microglia temprana podría ser uno de los eventos iniciales en el desarrollo de las lesiones de esclerosis múltiple.

Formas de presentación:

Actualmente se conocen varios subtipos de la enfermedad de acuerdo al patrón de signos y síntomas presentados.

La forma clínica inicial de la enfermedad puede presentarse como síndrome clínico inicial aislado (CIS) o como síndrome radiológico inicial (RIS).



El curso de la enfermedad una vez que se presentan los síntomas iniciales es heterogéneo. Sin embargo, aproximadamente



SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología generalmente está determinada por las zonas de lesión presentes en el SNC y éstas se presentan de acuerdo a la progresión, brotes y/o recaídas de la patología. Los espectros de manifestaciones sintomáticas pueden ser transitorio o permanente y afectar múltiples sistemas del organismo humano.

Los síntomas de la esclerosis múltiple se han dividido tradicionalmente en tres categorías:

- Síntomas primarios: son aquellos que ocurren como consecuencia de la desmielinización aguda del sistema nervioso central como la ataxia, parestesias, fatiga, déficit cognitivo, disfunción vesical e intestinal, entre otros.
- Síntomas secundarios: son los resultados (secuelas) de las alteraciones condicionadas por las lesiones primarias entre ellos dolor asociado a espasticidad, infecciones del tracto urinario como resultado de disfunción vesical, etc.
- Síntomas terciarios: son aquellos como consecuencia de reacciones psicológicas a condiciones de tensión (problemas laborales, personales, o afectivos) asociado con una condición crónica de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Actualmente no se cuenta con un examen que permite establecer el diagnóstico definitivo de la esclerosis múltiple, por ello se cuenta con los criterios de diagnósticos de McDonald que permiten, con ayuda de paraclínicos como la resonancia magnética, potenciales evocados y valoración del líquido cefalorraquídeo, establecer un diagnóstico teniendo en cuenta la demostración de tiempo (evolución de la enfermedad) y espacio (diferentes áreas de lesión).

También se menciona que el diagnóstico de la EM es fundamentalmente clínico: se demuestra la diseminación en tiempo y espacio de los síntomas y se excluyen otras enfermedades.

RONOSYClinical Practice Guidelines: Diagnostic and Treatment of Multiple Sclerosis in Adults

Criterios de McDonald 2010 para el diagnóstico de EM	
Presentación clínica	Datos adicionales necesarios para el diagnóstico de EM
≥ 2 o más ataques, evidencia clínica de ≥2 lesiones o de 1 lesión con evidencia histórica razonable de un ataque previo	Ninguno
≥ 2 o más ataques, evidencia clínica de 1 lesión	Diseminación en el espacio: ≥1 lesión en T2 en al menos 2 de 4 regiones (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o médula espinal) o esperar un nuevo ataque que involucre una región distinta.
1 ataque, evidencia clínica de ≥ 2 lesiones	Diseminación en el tiempo: Presencia simultánea lesiones asintomáticas captadoras y no captadoras de Gadolinio (Gd), o una nueva lesión en T2 y/o lesione(s) captadora(s) de Gd en RMN de seguimiento, o esperar por un segundo ataque
1 ataque, evidencia clínica objetiva de 1 lesión (síndrome clínico aislado)	Diseminación en tiempo y espacio 1 año de progresión de la enfermedad (retro o prospectivamente) + ≥2 de los siguientes:
Progresión neurológica insidiosa sugerente de EM (EM primaria progresiva)	- Evidencia de diseminación en espacio (en el cerebro) basado en ≥ 1 lesión en T2 en regiones características de EM - Evidencia de diseminación en espacio en la médula espinal basado en ≥ 2 lesiones en T2 a nivel espinal - Bandas oligoclonales positivas* o índice elevado de inmunoglobulina G** en líquido cefalorraquídeo (LCR)

*Bandas oligoclonales positivas; dos o más bandas que se encuentren en LCR y no en sangre³¹
 **Índice elevado de inmunoglobulina G: > 0.7 o el valor definido por el laboratorio.³²
 Entre las otras pruebas que son de utilidad se incluyen el análisis del líquido cefalorraquídeo, la medición de potenciales evocados, la tomografía de coherencia óptica.^{34,35}

Clinical Practice Guidelines: Diagnostic and Treatment of Multiple Sclerosis in Adults-

Darwin R. Vizcarra, Ana G. Cruz, Edgar Rojas

FACTORES ASOCIADO A PEOR PRONÓSTICO

Mayor edad al inicio.

Curso progresivo de la enfermedad.

Síntomas de inicio múltiple.

Síntomas piramidales o cerebelosos.

Intervalo corto entre el inicio y la primera recaída.

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico incluye cuatro áreas de intervención, así:

- Tratamiento modificador de la enfermedad: tiene como objetivo disminuir la cantidad e intensidad de los brotes, así como reducción y/o retraso de la discapacidad y lesiones observables mediante RN.

- Tratamiento a sintomatología: permite realizar tratamiento a los síntomas derivados de las lesiones en el SNC como fatiga, espasticidad, dolor, disfunción vesical, disfunción intestinal, ataxia y temblor, déficit cognitivo, entre otros.
- Tratamiento a recaídas o brotes: atender síntomas agudos a respuesta inmune del organismo.
- Tratamiento rehabilitador: enfocado en mejorar o mantener la funcionalidad y por ende mejorar su calidad de vida.

EVALUACION KINÉSICA: Para la evaluación Kinésica, aparte de la evaluación neurológica se utilizan varias escalas para poder así abordar y realizar un buen tratamiento correctamente enfocado para el paciente.

Clasificación internacional del déficit discapacidad y minusvalía (ICIDH) elaborada por la Organización Mundial de la Salud

Medida de la independencia funcional (FIM)

Escala ampliada del estado de discapacidad (EDSS)

Organización mundial de la salud - Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001

La escala FIM evalúa las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales mediante ítems que corresponden a unas puntuaciones determinadas. Además, cada uno de los siguientes ítems serán puntuados de 1 a 7 sobre la base de la relación que existe entre el grado de dependencia y el nivel de funcionalidad del paciente.

OBJETIVOS KINESICOS:

1. Reeducar y mantener todo el control voluntario disponible.
2. Reeducar y mantener los mecanismos posturales normales.
3. Mantener la amplitud completa del movimiento de todas las articulaciones y tejidos blandos

4. Evitar el uso de movimientos anormales, que es en sí mismo ineficiente y cansador y que puede inhibir la función.

5. Inhibir cualquier tono anormal

6. Estimular toda experiencia sensitiva y perceptual y mantener la experiencia del movimiento normal a lo largo del curso de la enfermedad.

El tratamiento kinésico se enfocará netamente en la sintomatología y clínica del paciente, evitando siempre que los mismos se fatiguen.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Esclerosis Múltiple en Adultos. Clinical Practice Guidelines: Diagnostic and Treatment of Multiple Sclerosis in Adults Darwin R. Vizcarra^{1,2,a,b}, Ana G. Cruz^{3,4,a}, Edgar Rojas^{5,6,a}, Nicanor Mori^{7,a}, César Caparó^{8,a}, Carlos C. Castañeda^{9,a}, Sheila Castro^{10,a}, Jorge M. Gavidia^{11,12,a}, Oscar González^{6,13,a}, Marco Huertas^{5,14,a}, María Meza^{6,10,a}, Víctor Montalván^{5,a}, Alda Rivara^{6,15,a}, Fiorella Adrianzén^{1,2,c}, Kevin Duque^{1,2,c}, Sebastián A. Serván^{1,2,c}, Brian J. Villafuerte^{1,2,c}, Joaquín A. Vizcarra^{1,2,c}, Rodrigo Zamudio^{1,2,c}, Elsa R. Neira^{2,9,d}, Adriana Carrá^{16,a}, Oscar Fernández^{17,18,e}, Victor Rivera^{19,a}

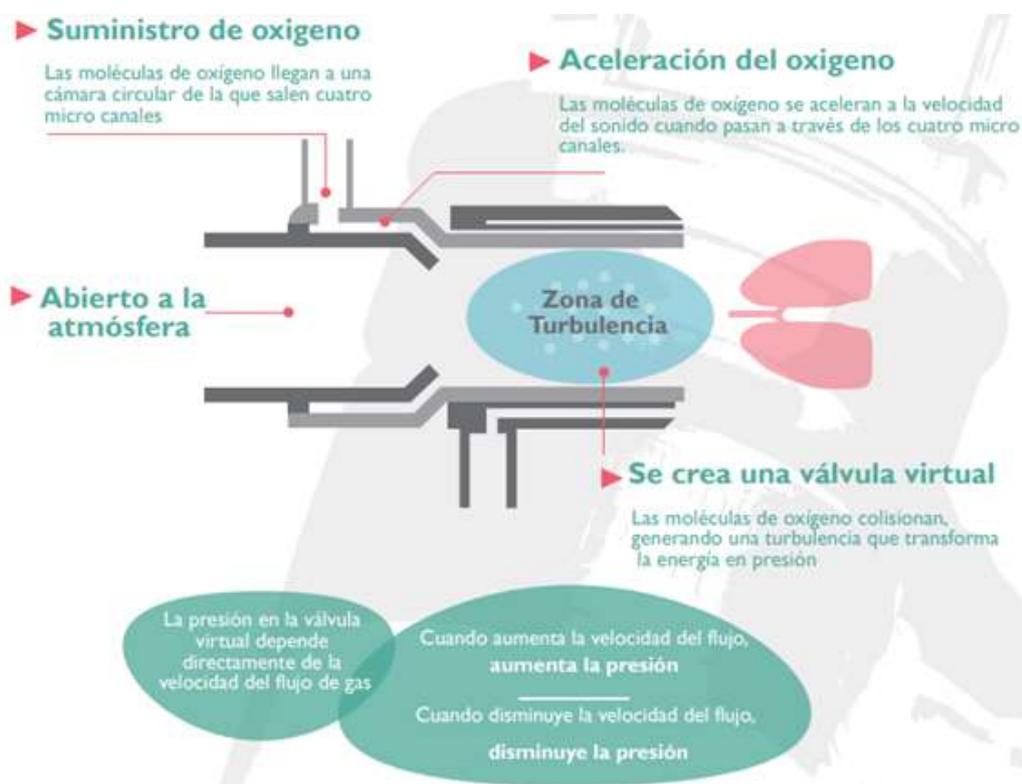
• ESTUDIO DE CASOS Procedimiento fisioterapéutico en esclerosis múltiple en fase aguda. A propósito de 2 casos M.C. Molina Díaz a,* , C. Revert Gironés b y M.A. Hernández Pérez

CPAP DE BOUSSIGNAC

RESIDENTES FARINA, PAMELA; GONZÁLEZ, JORGE; PORTILLO, ANA LIZ.

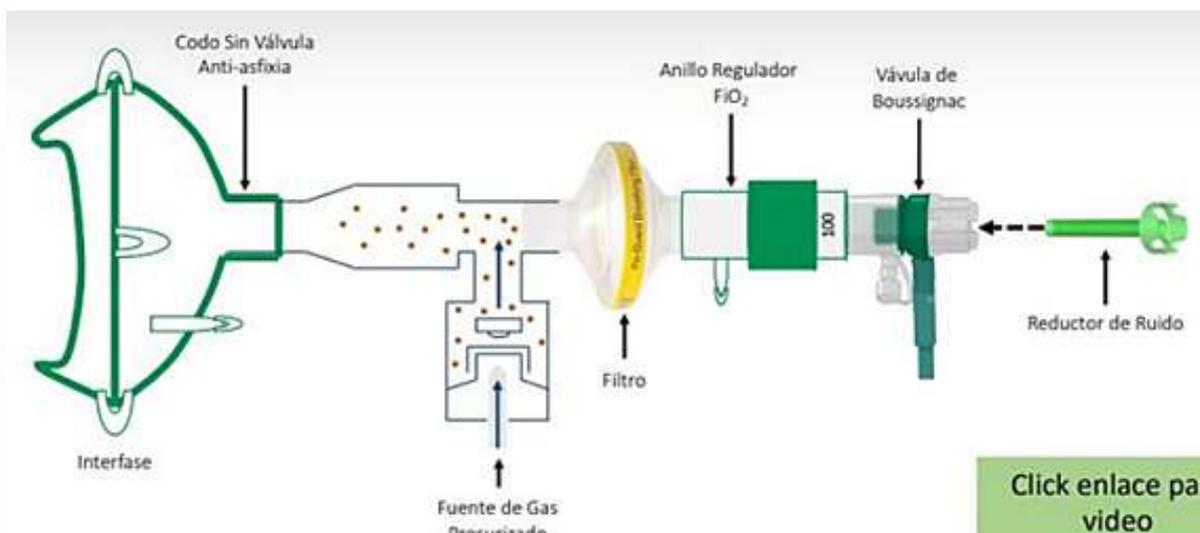
¿QUÉ ES EL CPAP DE BOUSSIGNAC?

CPAP de Boussignac es un dispositivo que genera presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).



El fundamento de este sistema, es que la aplicación de un flujo de gas, oxígeno habitualmente, a través de los cuatro microcanales, de los que consta este dispositivo, hace que aumente intensamente su velocidad de inyección, al mismo tiempo, estos chorros denominados jets, son dirigidos hacia la pared opuesta de él, produciéndose en su interior un flujo turbulento que crea una válvula virtual por presión positiva.

PARTES DEL CPAP DE BOUSSIGNAC



¿CÓMO FUNCIONA CPAP DE BOUSSIGNAC?

La CPAP de Boussignac es sencillo ya que está basado en la creación de una válvula virtual.

El nivel de presión obtenido en esta válvula virtual depende del caudal de gas suministrado al dispositivo. Cuando aumenta el caudal, aumenta la presión. Cuando disminuye el caudal, disminuye la presión.

Es un sistema abierto y funciona sin válvula mecánica. Así, se adapta de forma continua al tratamiento médico y a la fisiología del paciente, con una seguridad óptima en relación con las presiones generadas.

Efectos fisiológicos

La presión que genera permite la apertura de alvéolos colapsados, consiguiendo un efecto de reclutamiento alveolar que mejora la oxigenación al aumentar las unidades alveolares ventiladas y, por tanto, la capacidad residual funcional; disminuyendo el shunt intrapulmonar. Por tanto, los efectos más destacados son:

1. Incremento en la capacidad residual funcional y disminución del shunt intrapulmonar.
2. Disminución del trabajo respiratorio.
3. Efectos cardiovasculares.
4. Mantener permeable la vía aérea

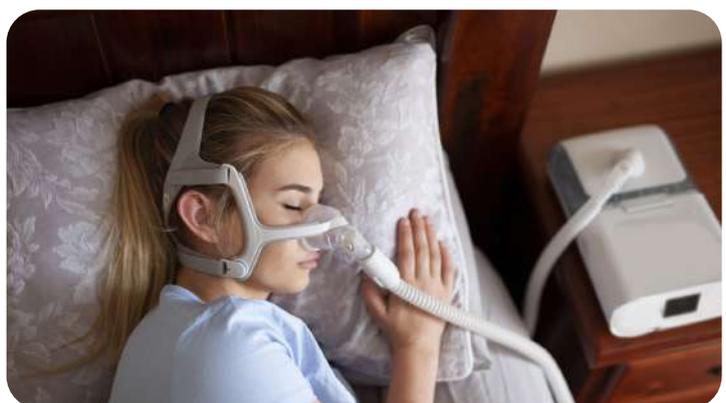
Efectos cardiovasculares

1. Aumento de la presión intratorácica.
2. Disminución del retorno venoso.
3. Disminuye post-carga Ventrículo izquierdo.

La utilización de CPAP EVITA EL COLAPSO ALVEOLAR: Permitiendo la apertura alvéolos colapsados (RECLUTAMIENTO) y una mejora de la distensibilidad pulmonar (Compliance).

Protocolo de aplicación.

1. Higiene de manos.
2. Explicación procedimiento.
3. Posición paciente (Fowler)
4. Protección facial y colocación mascarilla.
5. Colocación manual de la mascarilla (ADAPTACIÓN AL SISTEMA)
6. Colocar arnés
7. Flujo de aire para alcanzar CPAP deseada (entre 5-15 cm H₂O)
8. Ajustar CPAP inicialmente a 4-5 cm de H₂O
9. Incrementar CPAP de 2 en 2 cm. H₂O, hasta un máximo de 12 cm H₂O. Hasta alcanzar:
 - FiO₂ menor o igual de 60% y/o Sat.O₂ mayor o igual al 95%.
 - FR menor de 25 rpm.
 - Desaparición de activación de musculatura accesoria.
 - Disminución de la disnea.
 - Confort.



Indicaciones

IRA hipoxémica :	Prevención de atelectasias en postoperatorios de cirugías:
<ul style="list-style-type: none">• EAP cardiogénico.• Neumonía.• SDRA.• Contusión pulmonar.• Hipoxemia hipóxica por neumonía bilateral por SARS-CoV2.	<ul style="list-style-type: none">• Abdominal• Cardiovascular• Torácica

Contraindicaciones

<ul style="list-style-type: none">• Coma o deterioro nivel neurológico.• Hipercapnia.• Inestabilidad hemodinámica.• Agotamiento y fatiga muscular.	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia digestiva alta.• Traumatismo facial.• Secreciones respiratorias excesivas.• No colaboración del paciente.
---	---

Referencias

- Eficacia de la ventilación no invasiva en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en una unidad de cuidados intensivos.
- <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S021056912030276X>
- Presión positiva continua en las vías respiratorias para el apoyo respiratorio durante la pandemia de COVID-19: un enfoque frugal desde el banco hasta la cabecera.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33655452/> o COVID.19. Uso de dispositivos CPAP de oxigenación no invasiva en la atención de emergencia pre hospitalaria e intrahospitalaria.
- <https://www.vygon.com/covid-19-use-non-invasive-oxygenation-cpap-devices-prehospital-intra-hospital-emergency-care/>

Videos

- https://youtu.be/SC7TMs_l-Jc
- <https://www.youtube.com/watch?v=Zyn5eHa1FZM>



ESCUELA LUMBOPELVIPERINEAL EN EMBARAZADAS



Lic. Diana R. Cristaldo
Kinesióloga

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

Alrededor del 40% de las mujeres presentan incontinencia urinaria 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).

Sin embargo, no solo es importante la prevención de la incontinencia; más del 40% de las embarazadas sufren dolor de espalda, por lo que es fundamental el mantenimiento del equilibrio y la estabilidad del conjunto abdominolumbopélvico, mejorar el control de los músculos y la respiración implicados en el parto.

Factores tanto psicosociales, mecánicos, hormonales y neurofisiológicos se han relacionados con la génesis y el mantenimiento del dolor lumbopélvico durante el embarazo y el posparto.

Garshasbi y Faghihzadeh estudiaron a más de 200 mujeres primigrávidas en un estudio aleatorio prospectivo para evaluar el efecto del ejercicio sobre la intensidad de la lumbalgia durante el embarazo. El 50 % de estas mujeres fueron incluidas en un programa de entrenamiento prenatal y el 50% no lo hicieron. Las mujeres que fueron incluidas en el programa no manifestaron dolor lumbar o manifestaron molestias leves.

La demanda de atención a los problemas uro ginecológicos van en aumento y encontramos tanto a mujeres jóvenes como mayores que buscan algún tipo de solución a sus problemas de pérdidas involuntarias de orina, de laxitud vaginal o de dolor durante las relaciones sexuales. Así mismo, es cada vez frecuente la demanda de las mujeres gestantes, sin síntomas, pero que saben que cuidar su suelo pélvico durante el embarazo, prepararlo para el parto y en el postparto es la clave para prevenir este tipo de problemas.

La "Escuela lumbopelviperineal en embarazadas" consiste en la realización de un programa teórico práctico de educación y entrenamiento físico a mujeres gestantes.

Objetivos

- Educar acerca de los beneficios de los ejercicios durante el embarazo
- Mantener ágil a la embarazada
- Disminuir las molestias de la gestación
- Romper el círculo miedo-tensión-dolor
- Evitar secuelas a nivel del suelo pélvico: (Incontinencia urinaria, prolapso, distensión vaginal, dolores perineales crónicos etc).
- Preparar el cuerpo para el momento del parto
- Facilitar su recuperación posterior al parto

Modalidad del programa

Trabajo individual: Por las características propias de cada mujer y teniendo en cuenta que cada embarazo es único, a pesar del trabajo automático y protocolario característico de los servicios de maternidad de los hospitales, ningún parto es igual y ninguna mujer tiene los mismos síntomas. Los factores físicos y psicológicos varían, por lo tanto se adapta a las expectativas, miedos, objetivos y/o personalidad de cada mujer. También se utilizara esta modalidad para la evaluación inicial.

Trabajo grupal: Combinan la teoría con la práctica y debe ajustarse a las necesidades del grupo de embarazadas. En general los grupos están constituidos por mujeres con embarazos sin riesgos, sanas y, en principio sin molestias. Se trabaja con una cantidad no más de 6 personas.

Cada sesión varía en función del tiempo de gestación de las embarazadas, de los temas teóricos que abordar, de los grupos musculares que se deseará trabajar, de los objetivos según el trimestre de gestación, de las carencias del grupo, de la fatiga, de las expectativas etc.

Se proporciona de un plan de ejercicios para la realización domiciliaria de manera a obtener mejores resultados.

El momento del embarazo indicado para iniciar el programa es en el segundo trimestre del embarazo, embarazadas sanas, sin riesgos y con indicación del ginecólogo/a tratante.



FRACTURAS DE COLLES

Residentes Lic. Jose Arrua, Lic .Karen Mendoza



La fractura de Colles (1814) por Abraham Colles.

Se trata de una fractura en extensión del extremo distal del radio a 2 o 3 cm de la articulación de la muñeca, cuyo fragmento distal se desplaza en sentido dorsal hacia afuera, en impactación y supinación, que puede tener asociado o no una fractura de la estiloides cubital.

Epidemiología

- La fractura de Colles es la más común, caracterizada por el desplazamiento dorsal del fragmento distal del radio, y le sigue la fractura de Smith, que compromete la metáfisis con desplazamiento palmar del fragmento distal del radio.
- Representan el 15% y 20%, del total de las tratadas en los servicios de urgencias.
- Población blanca, especialmente mujeres posmenopáusicas.
- 3er tipo de fractura más común en pacientes >60 años, después de la de cadera y de vértebras ,
- Mujeres > hombres.

Mecanismo de lesión

- Caída sobre la palma de la mano.
- Compresión mas hiperextensión (Dorsiflexión)
- Fractura transversal a la epifisis distal radial.



Inspección: Prácticamente se diagnostica a la observación por presentar una deformidad típica debido al desplazamiento, dorso en tenedor, inclinación radial, dorso en tenedor.

- Palpación Signo de la cuerda de los radiales de Velpeau: los tendones radiales, levantados por el fragmento óseo inferior desplazada hacia atrás y afuera, están tensos como cuerda de violín sobre un puente.

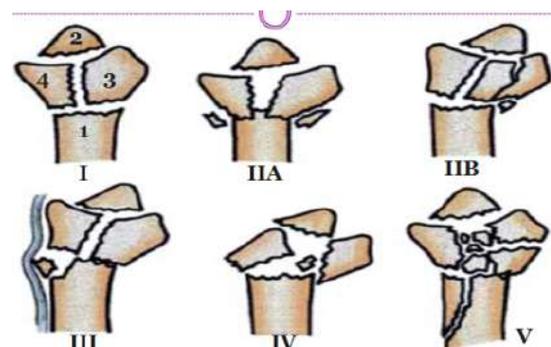
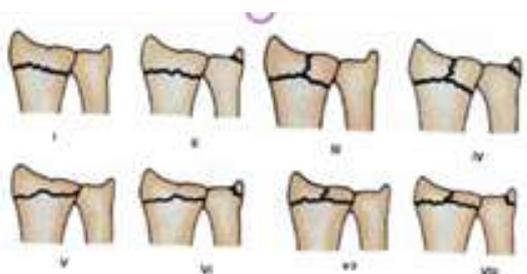
Clasificación De Frykman

- Introducida en 1967, se divide en 8 tipos.
- Tipo I y II son fracturas extraarticulares
- Los tipos III y IV son fracturas intraarticulares que afectan a las articulaciones radio carpianas
- Los tipos V y VI son fracturas intraarticulares que afectan la articulación radiocubital
- Los tipos VII y VIII son fracturas intraarticulares que afectan tanto la articulación radio carpiana como la radiocubital

Clasificación: Melone

Basada principalmente en la importancia de la fractura y el colapso de la carilla medial. Charles P. Melone, Jr. publicó en 1984 una nueva clasificación, que incluye la observación de 4 componentes

- 1) Diáfisis,
- 2) La estiloides cubital
- 3) Carilla articular dorsal y medial,
- 4) Faceta volar y medial

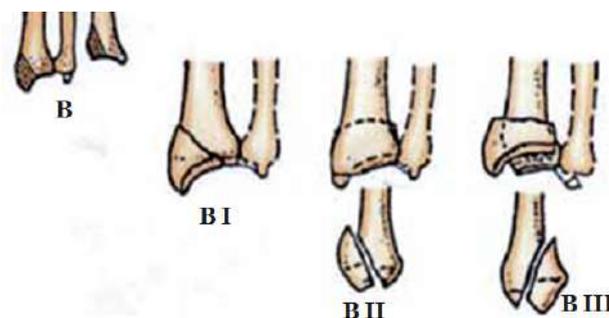
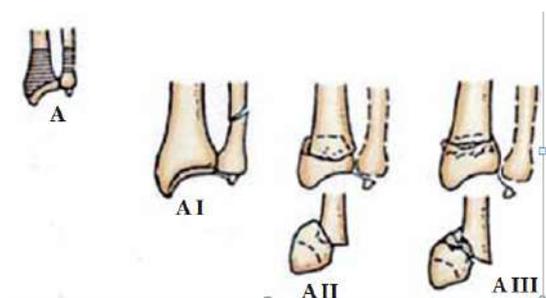


Clasificación: De la AO

Es importante recalcar la importancia que ha tenido la AO en el tratamiento y manejo de las fracturas desde hace muchos años hasta la fecha y en la muñeca no es la excepción.

Los tres tipos básicos se subdividen en grupos y subgrupos hasta completar 27 subtipos posibles de fracturas.

Resulta difícil memorizarla por su extensión, sin embargo es de gran utilidad cuando se quieren realizar publicaciones científicas



TRATAMIENTO

Conservador

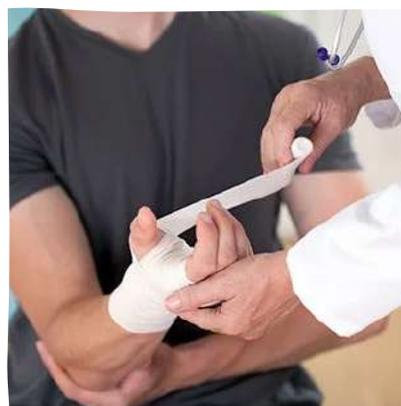
- (Reducción cerrada e inmovilización con yeso)
- Férula escayola
- Férula bivalva 4-6 semanas

Quirúrgico

- Clavos
- Placas
- Fijadores ext.

El objetivo de la fisioterapia es:

- Disminuir el dolor
- Disminuir la inflamación
- Ganar rango de movilidad





Ejercicios de elongación de los músculos flexores de muñeca y antebrazo.



Ejercicios de fuerza, recordemos que si son pacientes mayores de 60 años nos vamos a encontrar con una gran pérdida de fuerza.



Como conclusión recordar que se necesitan por lo menos 20 a 25 sesiones para llegar al resultado óptimo del paciente, casi sin dolor y recuperando un amplio rango de movilidad articular y con disminución por completo de la inflamación.

Pacientes deportistas obtendrán el alta kinesica y empezar a realizar sus deportes correspondientes alrededor de los 3 meses.

En pacientes que fueron operados los plazos serán mayores y la rehabilitación será más cuidadosa en el caso que sean personas grandes de edad.

TELETÓN Y CARRERA DE KINESIOLOGÍA



DONACIÓN DE KITS DE REHABILITACION POST COVID

REHABILITACION POST COVID ATENCIÓN KINECONSULTA



LIC.JAZMIN PEREZ



PACIENTE POST COVID UTILIZANDO KITS DE REHABILITACION DONADOS POR TELETON .

DONACIÓN DE EQUIPO DE ALTO FLUJO CNAF

EMPRESA DIESA
SR MIGUEL CARRIZOSA



Autoridades presentes en el acto de Donación

- Sr. Decano Facultad de Ciencias Medicas, Prof. Dr. Laurentino Barrios
- Sr. Miguel Carrizosa, Director Empresa DIESA
- Prof. Dr. Jorge Giubi ,Director General Asistencial Hospital de Clínicas
- Lic. Ruth Ortiz ,Coordinadora Carrera de Kinesiologia
- Lic. Jazmin Perez ,Sub Coordinadora Académica
- Prof. Dr Manuel Bernal , Vice Director de Servicios Generales

CAPACITACIÓN TÉCNICA PARA USO DE CNAF.

(CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO)



Asesora técnica Ana Molinari



CLASES CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

LIC. YOLANDA CENTURION



ATM
PRÁCTICAS

AUTORIDADES DE LA CARRERA DE KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN EL ACTO DE TRASPASO DE MANDO DE LAS NUEVAS AUTORIDADES DE FCM-UNA

DECANO PROF. DR. OSMAR CUENCA TORRES
VICE DECANO PROF. DR. FABRICIO FRUTOS PORRO





Reconocimiento a Coordinadores de Postgrados de la FCM-UNA

Autoridades de la Universidad Nacional de Asunción y de la Facultad de Ciencias Médicas – UNA, destacan la entrega y labor de la docencia a sus Coordinadores de Postgrados, a través de la entrega de certificados de reconocimientos.

Hoy ha sido un día especial para ellos, quienes han logrado que varios profesionales continúen con su formación académica en el área de la salud.

Especialidades como: Anestesiología, Cardiología Clínica, Cirugía General, Cirugía Vasculosa Periférica, Emergentología Pediátrica, Endocrinología y Metabolismo, Gastroenterología, Hepatología y Endoscopia, Gineco-Obstetricia, Hematología y Medicina Transfusional, Kinesiología General, Mastología, Medicina en Imágenes, Medicina Familiar, Medicina Interna, Nefrología Pediátrica, Neonatología, Neurología, Oncología Médica, Pediatría Clínica, Psiquiatría Clínica, Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia, Reumatología, Urología, Dermatología y Oftalmología.

Estas especialidades se realizan a través de la gestión de la Dirección de Postgrado de la FCM-UNA, en la cual en este momento está interinado por el Prof. Dr. Carlos Mena Canata, quien agradeció a cada encargado por el trabajo realizado en pos del cumplimiento de la misión de la Facultad de Ciencias Médicas, que es la de formar profesionales de la salud con sólidos conocimientos científicos y visión humanista de la medicina basada en la evidencia científica y centrada en la persona.

12 de agosto de 2021



Lic. Gladis Daverio
Coordinadora de Posgrado Carrera de Kinesiología

TALLER DE TERAPIA MANUAL

LIC. SANTIAGO ACOSTA



INICIAMOS ASISTENCIA EN CONSULTORIO EXTERNO



CONTINUAMOS CON LA KINECONSULTA



Residencia Kinesiología y... · 27/07/2021 ...
Kineconsulta Hospital de Clínicas



KINECONSULTA ONLINE

Orientación de ejercicios, monitoreo, y seguimiento en:

		
Patologías Reumatológicas	Dolor Musculoesquelético	Secuelas neurológicas
		
Problemas Respiratorios Crónicos	Postquirúrgicos: Cadera, hombro, etc	Afecciones de Salud Crónicas

kineconsultaonline@med.una.py 0986291314



USAR TAPABOCAS

MANTENER DISTANCIA

SOCIAL

LAVATE LAS MANOS





Residencia de Kinesiología

