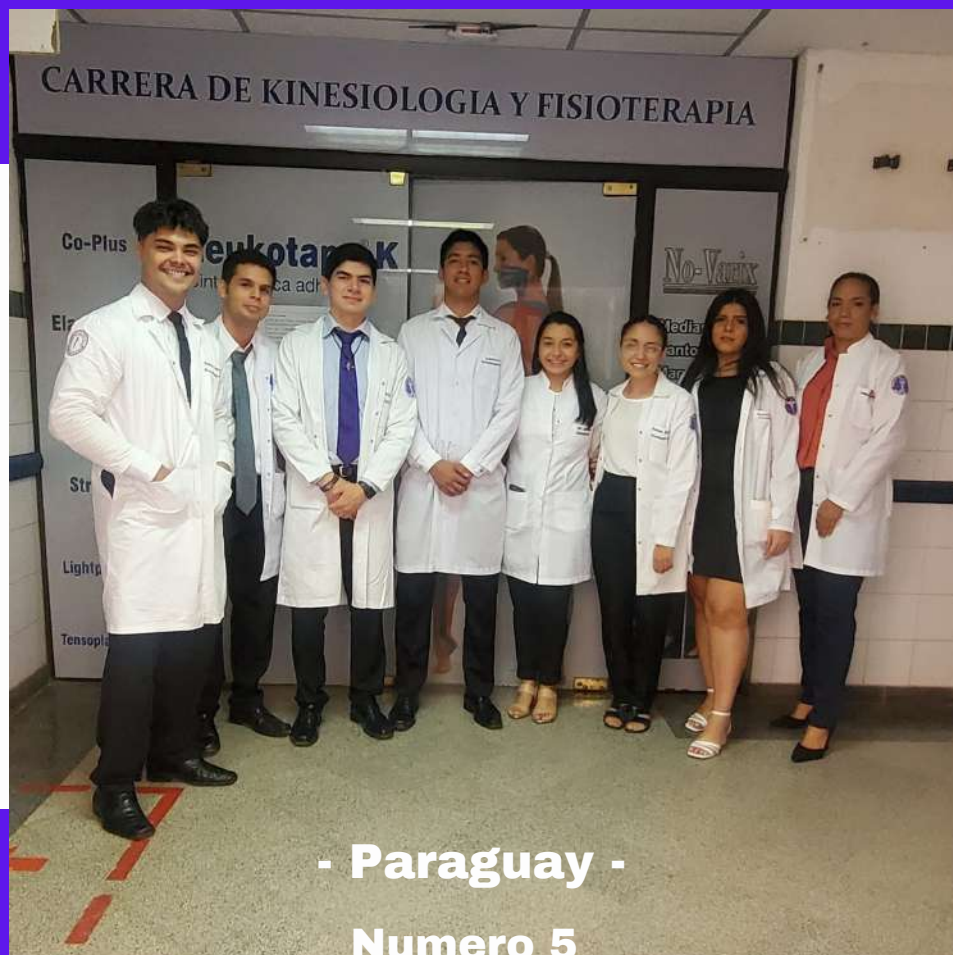




REVISTA INFORMATIVA RESIDENCIA KINESIOLOGÍA



- Paraguay -

Numero 5

Año 2023

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

Sub Coordinadora de Posgrado

Lic. Maria de Carmen Estigarribia

Jefes de Dpto de la Carrera de Kinesiología

Lic. Claudia Bernaola

Lic. Jazmín Perez

Lic. Gladys Daverio

Lic. Ernesto Lucas

Responsables Editores de la publicación

Lic. Ruth Ortiz Sandoval

Lic. Claudia Bernaola

Lic. Jazmín Perez

Lic. Gladys Daverio



CONTENIDOS

Importancia del diafragma en el dolor lumbar

Fractura del hueso ganchoso

Conceptos Fundamentales sobre Capsulitis Adhesiva

Abordaje kinesico en mujeres de mediana edad con incontinencia urinaria de esfuerzo

Presentacion de Monografias Residentes

Clases Curso de Especialidad Periodo 2023

Continuamos con la Escuela de Columna Modo Presencial

Curso de Actualización Entrenamiento de Core y Suelo Pelvico

Inicio Ciclo de Webinars

Curso de Neurotaping



Importancia del diafragma en el dolor lumbar

Lic Diana Cristaldo

El diafragma es el músculo principal de la respiración, tiene forma de cúpula de convexidad superior, separa el tórax del abdomen y cuando se contrae desciende comprimiendo las vísceras abdominales generando así una presión intraabdominal, indispensable para lograr la estabilización de la columna vertebral.

Tiene inserciones en la apófisis xifoides, 7 últimas costillas, 3 primeras vértebras lumbares en donde hace relación con el psoas iliaco y el cuadrado lumbar.

Ayuda a reducir las cargas sobre los discos intervertebrales y sobre todas las otras estructuras que la componen (articulaciones, ligamentos y músculos),

Es por eso que cobra suma importancia cuando hablamos de postura y estabilidad abdomino lumbo pélvica.

Cabe mencionar que además cumple funciones durante el vómito, evita el reflujo gastroesofágico, participa en la micción, defecación y actúa como fuerza expulsora durante el parto.

Debemos mencionar que entre las pocas causas reales de la aparición del dolor lumbar, un lugar de primaria importancia se lleva a cabo por el mal uso del diafragma y del escaso conocimiento de sus funciones.

Muchos estudios han demostrado como las personas que sufren de dolor lumbar tengan todos en común una activación insuficiente del diafragma con consiguiente reducción de la funcionalidad de los músculos abdominales.

La consecuencia directa es la activación repetida y sostenida de los músculos accesorios de la respiración que son: el esternocleidomastoideo, serrato mayor e intercostales externos. Reduciendo así la movilidad de la columna vertebral, aumento de la compresión de las vértebras y de los discos intervertebrales y en consecuencia alteraciones posturales que provocan dolores lumbares, de hombro, cuello y que a menudo puede estar asociado con dolores de cabeza.

La correcta utilización del diafragma nos permite respirar adecuadamente, permitiendo así la oxigenación de la sangre y previniendo la aparición de problemáticas a la columna vertebral. También otorga otros beneficios como ser: mejorar el suministro de sangre a las extremidades inferiores y favorecer el drenaje linfático de las mismas.

Por último el diafragma reviste una gran importancia también en el plan emocional, contribuyendo a gestionar el estrés y los estados de ansiedad.

Desde el primer día de tratamiento a los pacientes se les enseña una serie de ejercicios que podrán desarrollar con completa autonomía en los días sucesivos al tratamiento para asegurar que el correcto mecanismo de la respiración se convierta en un automatismo y una sana costumbre.

Para concluir se puede decir que no solo se trata el dolor de espalda, sino también previene la aparición de hernias discales y la degeneración de la columna vertebral, además todos los otros beneficios mencionados anteriormente.



Autor: Lic. Diana Cristaldo

Kinesióloga y Fisioterapeuta, Especialista en Rehabilitación de Suelo Pélvico

Dpto LME



Fractura del hueso ganchoso

Lic Marcos Almiron

Representa el 2-4% de las fracturas del carpo de la mano. Generalmente ocasionado por un traumatismo de alta energía y asociado al deporte que relacione el uso de palos, raquetas, bastones (1).

El mecanismo de lesión puede ser

- Directo: impacto de la mano sobre una superficie dura, sobre todo el lado cubital (región hipotenar).
- Indirecto: transmisión de fuerzas, sobre todo en hiperextensión de la mano.
- Fracturas por estrés: traumatismos a repetición del lado cubital de la mano.

El diagnóstico médico se realiza por excelencia a través de una prueba de imagen radiográfica y/o tomografía axial computarizada.

La valoración física implica una tracción del hueso ganchoso mediante una inclinación cubital de la mano y resistencia a la flexión de los últimos dos dedos reproduciendo dolor en el usuario.

La pseudoartrosis, lesiones vasculonerviosas y ruptura de la musculatura flexora de la mano son de relevancia para este tipo de fracturas representando el 15-17% de complicaciones por interacción de las fuerzas intermitentes que transmiten los músculos flexores de la mano y sumado el bajo riesgo de aporte vascular para el hueso (1).

Guha AR, Marynissen H. consideran que una fractura no desplazada y sin conminución de menos de 7 días de evolución el tratamiento a elección es inmovilización con yeso durante 6-12 semanas (1,2).

Hirano K, Inoue G. expresan que el resto de los casos el tratamiento a elección es quirúrgico (1,3).

La fisioterapia motora es el tratamiento a elección para la recuperación funcional del usuario y readaptación al trabajo y/o deporte.

Referencias bibliográficas

1. Garrizosa, L. Clinical case: surgical treatment for ulnar neuropathy due to pseudoarthrosis of the hook of the hamate. Rev. Andal med deporte. 2017; 10 (1): 1-2.
2. Guha AR, Marynissen H. Stress fracture of the hook of the hamate. Br J Sports Med. 2002;36(3):224-5. [Links]
3. Hirano K, Inoue G. Classification and treatment of hamate fractures. Hand Surg. 2005;10(2-3):151-7. [Links]



CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE CAPSULITIS ADHESIVA

Lic. Carolina Sotelo



Este diagnóstico clínico se caracteriza por la producción de fibrosis, contractura y adherencia de la cápsula articular. En consecuencia, existe pérdida de la movilidad pasiva y activa del hombro. La prevalencia se da en el sexo femenino entre la 4ta y 6ta década vida. La severidad es variable y la misma puede clasificarse en primaria y secundaria.

La Capsulitis adhesiva primaria no responde a causas aparentes, por lo que decimos que es de origen idiopático, sin embargo, pueden presentar predisposición para desarrollarla pacientes con diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, alteraciones endócrinas.

En la primaria se describe un origen insidioso, progresivo y los síntomas, principalmente el dolor, son mas severos.

La Capsulitis adhesiva secundaria obedece a periodos largos de inmovilización, pacientes post operados de hombro o traumatismos previos.

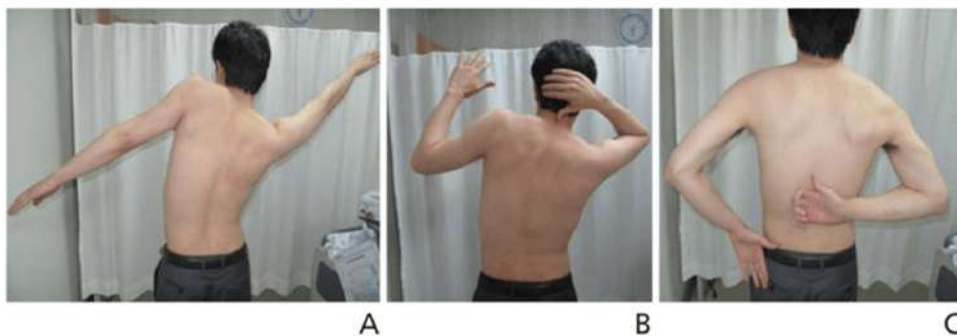
Evolución: Se da en fases clínicas, específicamente tres, las cuales son:

1. Fase Inflamatoria: Dolor sin limitación de la movilidad.
2. Fase de Congelamiento (de ahí el nombre de hombro congelado): perdida progresiva del rango articular. (Imagen A,B y C)
3. Fase de regresión: Fase de restablecimiento del arco articular (se debe considerar como un factor coadyuvante el tratamiento implementado)

Tratamiento: una vez hecho el diagnóstico, que es clínico, existen varias opciones terapéuticas que van desde la medicación vía oral, fisiokinesioterapia, infiltraciones, manipulación bajo anestesia, resolución quirúrgica, o la combinación de las mismas.

En lo que a rehabilitación se refiere las guías clínicas expresan claramente que el tratamiento debe centrarse en la flexibilización del tejido comprometido, atendiendo y entendiendo las diferentes fases.

En el caso de que la resolución sea quirúrgica, el plan de terapia física posterior debe ser precoz y progresivo.



- A. Pérdida de la movilidad en abducción
- B. Pérdida de la movilidad en rotación externa.
- C. Pérdida de la movilidad en rotación interna.



ABORDAJE KINÉSICO EN MUJERES DE MEDIANA EDAD CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema de salud y social importante, siendo definida según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente.

Afecta a nivel mundial en un 17 - 45% en mujeres adultas, el 48% corresponde a IUE, el 17% a incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y 35 % corresponde a la IU mixta.

Esto nos motiva a enfocarnos en el abordaje kinésico de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), y los resultados que se obtendrán de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, pues los mismos fortalecen los músculos que lo componen logrando mejorar la estabilidad uretral y el soporte del cuello vesical.

La incontinencia urinaria de esfuerzo

Se define como la pérdida involuntaria de orina que se asocia al esfuerzo físico como, por ejemplo, toser, reír, correr o andar. Dicho esfuerzo provoca un aumento de la presión abdominal y, como consecuencia, se produce un incremento de la presión dentro de la vejiga (presión intravesical). Cuando esta presión intravesical supera a la presión del sistema esfinteriano uretral, se ocasiona la incontinencia

Causa de incontinencia urinaria de esfuerzo

1. Descenso del cuello vesical
2. Denervación de los músculos del suelo pélvico
3. Fibrosis que afecta al mecanismo del esfínter uretral
4. Pérdida del sello hermético por atrofia del revestimiento urotelial de la uretral.

Evaluación, Exploración y Test perineal

Historia clínica, Anamnesis, Inspección, Exploración neurológica, Valoración del tono muscular, Valoración de la capacidad contráctil, medición de la fuerza muscular, escala de OXFORD modificada, diario miccional, Test del protector pad-test, Escala ICQ de la incontinencia urinaria.





Técnica de tratamiento de la IUE

- Toma de conciencia corporal
- Reeducación postural ante el esfuerzo
- Ejercicios de contracción voluntaria del suelo pélvico (Kegel)
- Automatismo perineal
- Técnicas manuales
- Técnicas instrumentales

Evidencia científica de los tratamientos

Los niveles de evidencias y grados de recomendaciones de las diferentes prácticas clínicas nos dicen lo siguiente:

- Mediante una contracción eficaz de la MSP se puede elevar el cuello de la vejiga y aumentar la presión de cierre alrededor de la uretra, evitando de este modo la pérdida de orina cuando aumenta la presión intraabdominal.

El entrenamiento muscular del SP es capaz de elevar la plataforma del elevador del ano Facilitando la capacidad neuromuscular de reaccionar ante los cambios bruscos de presión

- Las principales guías de prácticas clínicas recomiendan ofrecer como tratamiento conservador de primera línea el entrenamiento muscular guiado (Grado de recomendación A).
- El entrenamiento muscular del SP es mejor que la ausencia de tratamiento o que el tratamiento placebo. Con Nivel de evidencia 1. Los estudios demuestran que se obtienen mejores resultados en mujeres entre 40 y 50 años, que siguen el tratamiento durante al menos 3 meses, de forma supervisada y guiada por el fisioterapeuta.





- Los pacientes que son guiados por el terapeuta obtienen mejores resultados que las que realizan el tratamiento por sí solos. Nivel de evidencia 1.

Conclusión

Se puede concluir que el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) logra mejorar de forma significativa la calidad de vida de las mujeres con IUE.

El EMSP no solo involucra específicamente a dicha musculatura, sino que trata al cuerpo de manera global, otorgando un papel activo a la paciente, que tiene el protagonismo en su recuperación.

Por tal motivo nos orienta a pensar que la terapia muscular del suelo pélvico y la utilización de técnicas instrumentales (el biofeedback, los conos vaginales, la electroestimulación) que están especialmente indicadas cuando no es capaz de contraer voluntariamente los músculos del suelo pélvico, podrían considerarse como tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Bibliografía

1. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol, 6 (2004), pp. S2-S10
- Medline
2. Silva WA, Karram MM. Anatomy and physiology of the pelvic floor. Minerva Ginecol. 2004;56(4) :283-302.
3. Walker. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2da. Ed. Barcelona España: ELSEVIER MASSON;2012.
4. Martínez Torres J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador Rev cubana Obstet Ginecol. 2014;40(1).
5. Dra. Montserrat España Pons, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.
6. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. BMJ 1980;281(6250):1243-1245
7. GuarisiT, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndez A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. Rev Saude Publica 2001;35(05):428-435
8. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. Obstet Gynecol 1992;79(06):945-949





Presentacion de Monografias Residentes



Clases Curso de Especialidad

Periodo 2023



Residentes de 1° Año





Iniciamos Ciclo Anual de Webinars Dpto LME



ACTIVIDAD FÍSICA EN EL EMBARAZO

WEBINAR

LIC. DIANA CRISTALDO

KINESIÓLOGA, EGRESADA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN -
DOCENTE DE LA CARRERA DE KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA - INSTRUCTORA DE
LA RESIDENCIA EN KINESIOLOGÍA GENERAL.



LUNES DE 17 ABRIL - 19: 30 HS

CUPOS LIMITADOS

INCRIPCIONES: LINK EN LA DESCRIPCIÓN.



Curso de Actualización Entrenamiento de Core y Suelo Pelvico

Lic Hanni Essau

Con la Organización del Dpto de Rehabilitación de Lesiones Musculo-esqueléticas y la aprobación de la Dirección de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas se dio inicio al Curso de Actualización de Core y Suelo pélvico dictado por la **Lic Hanni Essau** egresada de nuestra Carrera



DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

FCMUNA

13



Docente:
Hanni Esau de Loewen
Lic. en Kinesiología y Fisioterapia, UNA - 2006

Historial Académico

- Rehabilitación neurocogénica de Perfetti.
- Entrenamiento pre y postparto.
- Fisiología del deporte.
- Entrenamiento de estabilidad central de Julie Wiebe.
- Manipulación fascial de Stecco, nivel 1.
- Rehabilitación y entrenamiento deportivo.
- Disfunciones del suelo pélvico.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ENTRENAMIENTO DE CORE Y SUELO PÉLVICO

Organiza:
Departamento de Lesiones Musculo-esqueléticas
Facultad de Ciencias Médicas - Hospital de Clínicas

 Cnel Casal c/ Avda. Mcal. López - San Lorenzo

 19 al 22 de Abril 2023
De 18:00 a 21:00 h.

 23 de Abril 2023
De 08:00 a 15:00 h.

Modalidad: Virtual

Modalidad: Presencial

Carga Horaria: 21 horas

DIRIGIDO A:
Licenciados en Kinesiología y Fisioterapia, Residentes kinesiólogos y Alumnos del último año de dicha carrera.

CUPOS: 30 ALUMNOS
INVERSIÓN: GS. 400.000

Contactos e Informaciones: Carrera de Kinesiología y Fisioterapia
Lic. Diana Cristaldo - (0981) 970 - 807 / Lic. Silvia Cuevas (0961) 842 - 084

Sos parte, somos parte, **SOMOS FCM-UNA**

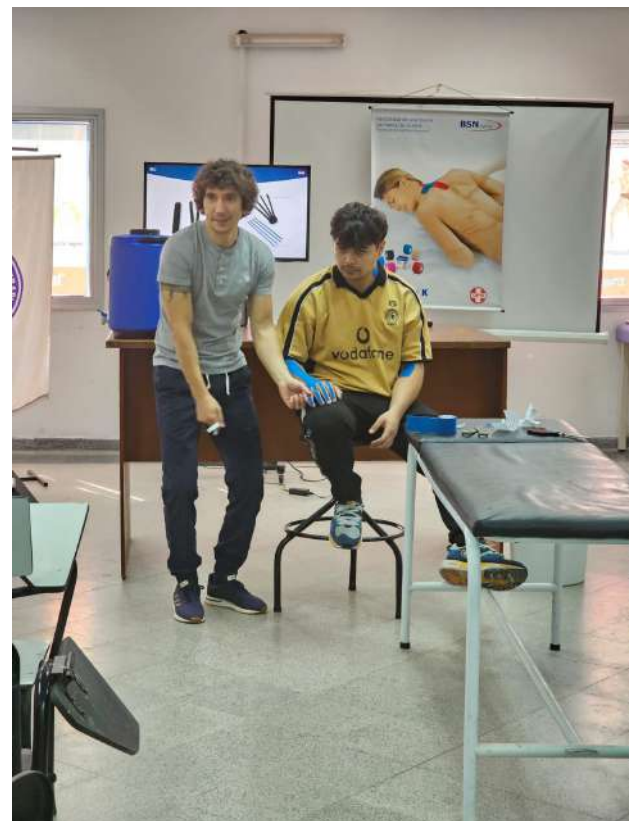
 Comunicación Interna

Curso de Neurotaping Dpto de Neurorehabilitacion



Lic Julio Cesar Britez Alvarenga
Organizador DPM y Dpto Neurorehabilitacion





Continuamos con las Clases Grupales de Columna



Educación y Ejercicio



7 HÁBITOS SALUDABLES



COMER SANO

ES NECESARIO EL CONSUMO DIARIO DE FRUTAS, VERDURAS, CEREALES INTEGRALES, LEGUMBRES, LECHE, CARNES, AVES Y PESCADO Y ACEITE VEGETAL EN CANTIDADES ADECUADAS Y VARIADAS. PARA MANTENER UNA SALUD ÓPTIMA Y UN BUEN FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO.

DORMIR 8 HORAS

- DORMIR Y DESPERTARSE A LA MISMA HORA TODOS LOS DIAS
- EVITAR LA CAFEINA
- EVITAR CENAR ALIMENTOS PESADOS



HACER DEPORTE

- REDUCE EL RIESGO DE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN.
- OPTIMIZA LOS NIVELES DE AZÚCAR EN LA SANGRE.
- MEJORA LA SALUD MENTAL Y EL ESTADO DE ÁNIMO.
- EJERCICIOS COMO CAMINATA, ANDAR EN BICICLETA, PRACTICAR DEPORTES.



BEBER AGUA

- ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.
- NO ESPERAR A TENER SED PARA HIDRATARSE.
- SERVIR AGUA PARA ACOMPAÑAR LAS CUATRO COMIDAS.
- NO CONSUMIR O DISMINUIR EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS.



HIGIENE

- BAÑARSE
- CEPILLARSE LOS DIENTES
- LAVARSE LAS MANOS
- MANTENER CORTAS Y LIMPIAS LAS UÑAS

TOMA EL SOL

LA IMPORTANCIA POR LA CUAL NUESTROS CUERPOS NECESITAN SOL:

- LA LUZ SOLAR PUEDE MEJORAR NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO, DISMINUIR LA PRESIÓN ARTERIAL, FORTALECER NUESTROS HUESOS, MÚSCULOS E INCLUSO NUESTRO SISTEMA INMUNOLÓGICO.



MEDITA

- ES UN EXCELENTE ANTÍDOTO CONTRA EL ESTRÉS.
- AUMENTA LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.
- MEJORA LA MEMORIA Y LAS FUNCIONES COGNITIVAS.
- PROMUEVE LA APARICIÓN DE PENSAMIENTOS POSITIVOS.

SALUD PUBLICA FCM - KYF

INTEGRANTES: - Tanisha Benitez - Elias Caballero - Renato Aseretto
- Andrea Acuña - Ahida Bernal - Brian Fernández - Sebastián López

DESCUBRE LOS BENEFICIOS DEL PILATES



*Aprende cómo mejorar tu flexibilidad, fortalecimiento muscular
y postura con la practica de Pilates*