

# Revista Científica

“EL VALOR DE LA VIDA A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO”



VII  
CONGRESO CIENTÍFICO NACIONAL  
**DE ESTUDIANTES DE  
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA  
DEL PARAGUAY**

**IX JORNADA CIENTIFICA INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES DE KINESIOLOGIA Y  
FISIOTERAPIA DEL PARAGUAY**

**XII JORNANDA CIENTIFICA NACIONAL DE ESTUDIANTES DE KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA  
DEL PARAGUAY**

**2023**

# COMITE ORGANIZADOR

**Univ. Cecilia Velázquez**

**PRESIDENTE**

**Lic. Marcos Almiron**

**PRESIDENTE HONORARIO**

**Univ. Rocio Fretes**

**SECRETARIA GENERAL**

**Univ. Cristina Romero**

**TESORERA**

**Lic. Lelis Morales**

**COORDINADORA ACADEMICA**

**Lic. Gloria Gimenez**

**COORDINADORA CIENTIFICA**

**LIZ ARECO**

**ALEXANDRA FRANCO**

**ANTONELLA TORRES**

**DAIHANA FERNANDEZ**

**GLORIA CASTILLO**

**KARINA FRETES**

**LAURA BENITEZ**

**LUZ GOMEZ**

**MARLENE BORJA**

**NELSON SOSA**

**NIUSA PEREIRA**

**NATALIA MIERS**

**BRIANA SILVIA**

**JUNIOR ESPINOLA**

**DAHIANA GALEANO**

**ANA MORA**

**TANIA TINTEL**

**SINECIA VILLALBA**

**ROCIO VAZQUEZ**

**CLARA CAÑETE**

**CLARA LIMA**

**DAHIANA SANABRIA**

**EDERSSON FRANCO**

**FABIANA FERNANDEZ**

**JAZMIN TRINIDAD**

**TAMARA GUTIERREZ**

**TAMARA TESEI**

**ROCIO DURE**

**CRISTOFER FUNK**

**ALBAR DETTEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

**“A las Autoridades de la FCM-UNA,  
Autoridades de la Carrera de  
kinesiología y Fisioterapia FCM-UNA,  
Docentes de la Carrera de kinesiología  
y Fisioterapia FCM-UNA y a Nuestros  
Familiares”**

### **EDITORES**

**Univ. Luz Gómez  
Univ. Roció Vázquez  
Lic. Gloria Giménez**

# AUSPICIAN

**Comecipar**  
LTD  
es calidad de vida

  
**EDUCA**  
Innovaciones Educativas

**Siegen**  
SOCIEDAD ANÓNIMA

**Leukotape**®

ORTOPEDIA  
**Minardi**

  
**ELIAS**  
EQUIPOS DE PILATES

**Postura**  
Pilates Studio

  
CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN Y SALUD



**DPM** Distribuidora de Productos para Medicina S.R.L.

**ETPI**

**EDICIONES TÉCNICAS**  
PARAGUAYAS

# ALUMNOS DEL QUINTO AÑO





VII  
CONGRESO CIENTÍFICO NACIONAL

**DE ESTUDIANTES DE  
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA  
DEL PARAGUAY**

IX JORNADA CIENTIFICA INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES  
DE KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA DEL PARAGUAY  
XII JORNADA CIENTIFICA NACIONAL DE ESTUDIANTES DE  
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA DEL PARAGUAY

**INDICE**

**Pag.**

• RESEÑA DE LA CARRERA DE KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA .....	7-8
<b>DISERTACION</b>	
• CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN PARAGUAY .....	10
<b>TRABAJOS CIENTIFICOS</b>	
• Caracterización de pacientes que acudieron al Departamento de Rehabilitación de Lesiones Musculoesqueléticas FCM.....	12
<b>CASOS CLINICOS</b>	
• Tratamiento kinésico en un lactante menor que presentó meningoencefalitis por Chikungunya congénito.....	14-15
• Abordaje kinesico en paciente post operado de fractura de humero proximal .....	16
• Neurorrehabilitación en adolescente con diagnóstico de encefalitis, posterior a cuadro de chikungunya.....	17-19
• Evolución kinésica post quirúrgico de proceso expansivo en fosa posterior + colocación de válvula de derivación externa (DVE) en adulto mayor.....	20-23
• Fisioterapia dermatofuncional en paciente con síndrome compartimental por rabdomiólisis, sometido a cirugía plástica .....	24-27
• Lesiones aprendidas en el manejo kinésico del edema post quirúrgico .....	28-29
• Rehabilitación Neuropediátrica en escolar postquirurgico de proceso expansivo espinal - GLIOMA ASTROCITOMA PILOCÍTICO .....	30-31
<b>MESAS REDONDAS</b>	
• Rehabilitación Geriátrica.....	33
• Abordaje interdisciplinar en suelo pélvico y core .....	34
• Alteración de la imagen corporal: Trastorno de la conducta alimentaria y ejercicio físico.....	35
• Enfoque biopsicosocial en rehabilitación .....	36-38
• Principios de Bioética .....	39-41
• Abordaje multidisciplinario de la claudicación intermitente .....	42-43
• Atención Multidisciplinaria en pacientes Neurológicos adultos y pediátricos....	44-45

# Reseña de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia

En el año 1992 un grupo de Kinesiólogos Universitarios recibidos en el exterior con títulos homologados por la Universidad Nacional de Asunción, da inicio al proyecto de Creación de la Carrera de Kinesiología en la Facultad de Ciencias Médicas UNA. Hasta ese momento no existía la misma a nivel universitario. Desde el año 1995 el entonces Decano de la FCM Profesor Raúl Ávila recibe información acerca de la malla curricular de una novel Carrera en el país la de Kinesiología y Fisioterapia. El 2 septiembre die 1996 se aprueba por ley la Creación de la Carrera de Kinesiología y Fisiatría de la UNA por el Consejo de la FCM Acta N° 1975. En febrero del año 1998 se inicia el curso probatorio de ingreso para la Carrera y las clases para el primer curso en abril de dicho año. El 26 /9 /96 es dicho procedimiento es homologado por el Consejo Superior Universitario. La carrera estuvo dirigida en una primera etapa por la Lic. Arnilda Ibarra como directora y el Lic. Kinesiólogo Néstor Avalos como coordinador de carrera. La carrera funciono desde su inicio como parte de la facultad de Ciencias Médicas de la UNA habiendo egresado de nuestra casa de estudios 8 promociones de Licenciados en Kinesiología y Fisioterapia. En el año 2000 es inaugurado el Servicio Estudiantil de Kinesiología Universitario, con sede en el antiguo pabellón de Neumología del Hospital de Clínicas, atendiendo pacientes ambulatorios. Ese mismo año por Resolución N° 282/00 se aprueba el Plan de Estudio de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia. Posteriormente por Resolución CD. N° 575/2003, se aprueba la Propuesta de cambio Curricular de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia para el año 2004. En el año 2004 se amplía la atención de kinesiología para pacientes pediátricos que en el año 2006 fue trasladado al Centro Materno Infantil del Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

En el año 2006 el Profesor Dr. Silvio Espínola da forma al Manual de Normas Funciones y Procedimientos y el mismo por Resolución del CD.Nº 98/2007. En el año 2011 es homologa el ajuste de Malla Curricular de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia, según Resolución CSU N° 0319—00-2011; que previamente había sido aprobado por Resolución ad Referéndum D. N° 866/2011 en fecha 3 de junio del mismo año. El 23 de septiembre del año 2011 se aprueba el dictamen para reorganizar académicamente la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia con la puesta en marcha de la departamentalización. Resolución CD.Nº 569/2011. En marzo del 2012 por Resolución del CD. N° 232/2012 se crean los Departamentos de Kinesiología y Fisioterapia los cuales fueron creados para ordenar la práctica de pregrado y posgrado para la Creación de la Residencia en Kinesiología.

Los Departamentos creados son:

- Dpto. de Rehabilitación Cardiorrespiratoria
- Dpto. de Kinesiología y Fisioterapia ambulatoria
- Dpto. de Neurorehabilitación
- Dpto. de Rehabilitación Pre y post quirúrgica

En enero del 2013, se inició el traslado de la Sede Sajonia a las nuevas instalaciones en el seno del Hospital de Clínicas en San Lorenzo finalizando la misma en enero del 2014. En febrero del 2014 se aprobó por Resolución CD N° 57/2014 Acta N° 2913 el Reglamento para el concurso de acceso a la Residencia en Kinesiología y Fisioterapia

En la actualidad la el hospital de clínicas cuenta con cuatro departamentos de kinesiología y Fisioterapia

- Dpto. de Rehabilitación de Trauma y Ortopedia
- Dpto. de Rehabilitación Cardiorrespiratoria
- Dpto. de Neurorehabilitación.
- Dpto. de Lesiones Músculo Esquelética

Además de ser una carrera acreditada y en este año 2023 aspiramos a una reacreditación por un periodo de 6 años



# DISERTACIÓN

#### CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN PARAGUAY

La kinesiología se inicia en el Paraguay en 1954 con la llegada de María Triantáfilo, misionera adventista nacida en Bolivia, egresada de la Universidad Loma Linda, Estados Unidos. Llevó en alto la profesión sembrando en muchos paraguayos el amor a la profesión. Por otro lado, kinesiólogos paraguayos y extranjeros se aglutinan por primera vez en 1991, conformado de esta forma la Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay (AKYFPY), organización que tiene como finalidad jerarquizar la profesión en el país.

La primera oferta académica para la carrera de Licenciatura en Fisioterapia inicia en 1994, con la Universidad del Norte, posteriormente, en la Universidad Nacional de Asunción en 1998. Hasta la fecha son 27 los institutos de educación superior que ofrecen la carrera, asimismo, se encuentran registrados en el MSPBS 5.371 licenciados. En cuanto a la calidad académica, siete carreras están acreditadas por la ANEAES, uno en proceso y tres no acreditadas. Con relación a las ofertas de posgrado profesionalizantes desde el 2016 a 2022 se encuentran registradas 5 en el Consejo Nacional de Educación Superior (CONES).

Respecto a las especialidades registradas en el MSPBS son 10 hasta el 2020, por otro lado, cabe señalar que desde el 2022, la AKYFPY participa en la certificación y recertificación de las especialidades en colaboración con el MSPBS. Sumado a este crecimiento, hasta el 2023 son 418 los profesionales de la kinesiología vinculados en el MSPBS, insertos de 13 departamentos del territorio nacional. Para concluir podemos decir que la kinesiología y fisioterapia tienen un sólido recorrido histórico, no obstante, es necesario seguir fortaleciendo la calidad académica y científica, apuntar a la profesionalización, aumentar las oportunidades laborales en todos los niveles de salud, así como la descentralización para asegurar la atención de fisioterapia a todos los compatriotas.

Lelis Morales-Clemotte, Mg. Ft.





# TRABAJOS CIENTIFICOS

**Caracterización de pacientes que acudieron al Departamento de Rehabilitación de Lesiones Musculoesqueléticas FCM - UNA durante el periodo de marzo a junio del año 2023.**

Sotelo M1; Nuñez E2

1Instructora del Departamento de Lesiones Musculoesqueléticas de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la Facultad de Ciencias Médicas UNA.

2Residente de primer año de la Especialidad en Kinesiología General FCM-UNA

**Tutora:** Lic. Claudia Bernaola

**Autor presentador:** Lic. Carolina Sotelo.

**Palabras clave:** rehabilitación, fisioterapia, lesiones musculoesqueléticas

#### Resumen

**Objetivo:** Describir características clínicas, epidemiológicas y socioeconómicas de los pacientes diagnosticados con patología en la extremidad superior que acudieron al Departamento de Rehabilitación de Lesiones Musculoesqueléticas del Hospital de Clínicas durante el periodo de marzo a junio del año 2023.

**Metodología:** Estudio descriptivo producto de un análisis documental, no probabilístico, longitudinal. Se realizó la revisión de las 56 fichas clínicas incluidas en el estudio. Las variables fueron edad, sexo, diagnóstico de derivación médica, ocupación, incapacidad laboral y cobertura médica.

**Resultados:** El 65% de las fichas analizadas corresponden a pacientes del sexo femenino, 35,71% al sexo masculino. La media en la edad es de 46. Entre los diagnósticos con mayor frecuencia se encuentran Fracturas de radio con 14,28% y Tendinopatías del Manguito Rotador 8,92%. El 39,28% tiene como ocupación tareas en el hogar. El 58,92% manifestó no tener incapacidad para la actividad laboral, frente a un 16,07% con incapacidad total y 25% con incapacidad parcial. El 83,92% de los usuarios del servicio de rehabilitación informaron en la primera evaluación no contar con cobertura médica.

**Conclusiones:**

En el periodo de marzo a junio del 2023 se el servicio prestó mayoritariamente atención a mujeres, la media en edad de los pacientes fue de 51 años, la ocupación que ocupa el porcentaje más alto corresponde a pacientes que se encargan de las tareas del hogar.

Existe manifestación cese laboral a raíz del cuadro clínico y un alto porcentaje no cuenta con cobertura médica.

Los datos descriptos sólo pueden interpretarse y aplicarse a la muestra tomada y estudiada, no así a toda la población de usuarios que acuden a servicios de rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas por lesiones de la extremidad superior. No obstante, los resultados pueden ser de utilidad para futuros trabajos que busquen identificar correlaciones entre las variables y así estimar alguna probabilidad.

The background features a collage of medical and psychological icons in shades of blue and red. The icons include a fetus in a womb, a brain, a heart, a hand holding a heart, a person running, and a pair of lungs. The Greek letter Psi (Ψ) is also present. The design is accented with geometric shapes in the corners: a blue triangle in the top-left, a red triangle in the top-right, a blue triangle in the bottom-left, and a red triangle in the bottom-right. The text 'CASOS CLINICOS' is centered in a bold, blue, 3D-style font.

# CASOS CLINICOS

#### Reporte de Caso: Tratamiento kinésico en un lactante menor que presentó meningoencefalitis por Chikungunya congénito.

**Autor:** Elisabeth Britez Reyes. Docente de Pasantías Hospitalarias de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la FCM-UNA, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** La enfermedad por virus Chikungunya es una arbovirosis transmitida por mosquitos del género Aedes, descrita por primera vez en el año 1952 durante un brote en el sur de Tanzania. En América y en Paraguay, está presente desde hace prácticamente una década. En Paraguay se registró un aumento sostenido de casos de Enfermedad por virus Chikungunya desde octubre de 2022 y en los primeros tres meses del 2023 se empezó a registrar una mortalidad no vista previamente en los brotes localizados de 2015 y 2018.

Los recién nacidos (RN) tienen un riesgo aumentado de desarrollar formas severas de la enfermedad, por lo tanto, deben tener un seguimiento diario. En los recién nacidos de madres con diagnóstico confirmado o sospecha de Chikungunya, en los 5 días previos o 3 días posteriores al parto, se debe realizar un seguimiento estrecho hasta el día séptimo de vida. A partir del tercer día de nacido y hasta el séptimo día, con una media de 4 días, el recién nacido puede iniciar uno o más de los siguientes signos y síntomas: fiebre, inapetencia, dolor, edema distal, diversas manifestaciones de la piel (acrocianosis, erupción maculopapular, vesículas o bullas), crisis convulsivas, meningoencefalitis y anomalías ecocardiográficas.

Presentación del caso: Madre de 33 años de edad que consulta el 12/02/2023, por dolor de rodilla y rash cutáneo. Al llegar al centro asistencial presenta fiebre. Se le realiza prueba de PCR, confirmándose el diagnóstico de Chikungunya. En el perfil biofísico y monitoreo fetal se constata líquido amniótico disminuido y taquicardia fetal por lo que se realiza cesárea de urgencia.

Nace RN de sexo masculino, por cesárea, en fecha 13/02/2023. Datos antropométricos Peso: 3.500 gr. PC: 36 cm. Talla: 52 cm. Edad gestacional 37,5 semanas. Apgar: 06/07. Pasa a la Unidad de Cuidados intermedios neonatales para seguimiento por ser hijo de madre con Chikungunya.

Al cuarto día de vida presenta rash cutáneo.

Al sexto día de vida presenta eventos convulsivos por lo que ingresó a terapia intensiva. Se le administró Levetiracetam, oxigenoterapia e hidratación. No requirió de asistencia respiratoria mecánica ni inotrópicos.

PCR positivo para Chikungunya en LCR y sangre.

Es dado de alta el 22/02/23 con los siguientes diagnósticos: RNT/AEG. Depresión neonatal leve. HTP moderada. Meningoencefalitis por Chikungunya.

El 28/02/23 acude a consulta con neuróloga, con el resultado normal de Ecoencefalograma. Le indica Fisioterapia, Estimulación Temprana, electroencefalograma y continuar con levetiracetam. El electroencefalograma (01/03/23) sale alterado.

El 24/05/23 se realiza un nuevo electroencefalograma que muestra un trazado de sueño espontáneo mejor organizado. No presenta grafoelementos paroxísticos por lo que la neuróloga decide no aumentar la dosis de levetiracetam.

El 25/07/23 la neuróloga indica iniciar descenso progresivo y suspensión de levetiracetam por muy buena evolución del niño.

El 14/04/23 Ingresa al Servicio de Rehabilitación Pediátrica de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia FCM-UNA, con 2 meses de edad. Evaluación: Activo, reactivo. Presta atención al sonido. Escaso seguimiento visual. Por momentos logra línea media. Sostén cefálico incompleto. Manos cerradas, sin pulgar incluido. Tono muscular disminuido.

El 02/08/23 realiza la octava sesión, con 5 meses de edad. Se evalúa su conducta motriz, cumpliendo con casi todos los hitos de desarrollo esperados de 4 a 6 meses de edad. Por este motivo se decide volver a evaluarlo recién dentro de 1 mes.



**Discusión:** Las complicaciones neurológicas de la Chikungunya, sobre todo encefalitis en recién nacidos requieren de un enfoque multidisciplinario para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz.

El caso presentado fue diagnosticado con meningoencefalitis por Chikungunya congénito. Esto le provocó convulsiones y un retraso en su desarrollo psicomotor. Debido a esto tuvo que permanecer por varios días internado en unidad de cuidados intensivos neonatales y luego realizar seguimiento por Neurología, Fisioterapia y Estimulación Temprana.

**Conclusión:** Los recién nacidos con antecedentes de fiebre materna desde 4 días antes del nacimiento y hasta 2 días después, por lo general, nacen sin síntomas y empiezan a manifestarse al tercer o cuarto día de vida. Por este motivo se recomienda la internación del RN de una madre con sospecha de infección por virus del Chikungunya desde su nacimiento hasta el séptimo día de vida, para monitoreo. Los RN presentan alto riesgo de afectación neurológica (encefalitis, encefalopatía).

La intervención multidisciplinaria oportuna es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz y así poder lograr un adecuado desarrollo del niño.

Gracias a esto el niño pudo tener una muy buena evolución y actualmente presenta un desarrollo acorde para su edad, sin daño neurológico y ya fue suspendido su anticonvulsivante.

**Palabras Claves:** Chikungunya, recién nacido, meningoencefalitis.

#### Abordaje kinesico en paciente post operado de fractura de humero proximal

Lic. Cinthia Molinas

Residente del primer año –de la Especialidad en Kinesiología General de la Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

**Introducción:** la fractura del extremo proximal del húmero es una enfermedad traumática frecuente, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico, basado en factores propios del enfermo y del tipo de fractura.

Neer las clasifica segun el desplazamiento y la angulacion de los fragmentos. Las fracturas pueden asociarse o no a luxaciones.

Este tipo de casos es de suma importancia porque nos permite entender que uno de los pilares de la rehabilitacion es el entendimiento y comprension de la anatomia.

#### **Presentación del caso:**

Paciente de Z.C de sexo femenino de 20 años de edad con diagnostico de post operada de fractura de humero proximal mas reduccion abierta y fijacion cerrada

- Accidente de moto:02/05/23

- Cirugia: 12/05/23 inmovilizacion con cabestrillo

Primera evaluacion: 14/06/23

movilizacion activa: no realiza

Movilizacion pasiva: flexion de hombro 90°

Fuerza muscular: deltoides anterior grado 2 en supino (escala MRC)

Ultima evaluacion: 14/07/23

Movilizacion activa:

flexion de hombro: 120°

Abduccion: 90°

Aduccion: 40°

Rotacion interna: 90°

Rotacion externa: 40°

Fuerza muscular: grado 4 (escala MRC)

**Discusión:** Cuando inicia la movilizacion activa

El inicio de la movilizacion activa en coherencia con las tecnicas a utilizar y tiempos basados en la estabilidad de los segmentos oseos a movilizar.

**Conclusión:** El conocimiento de la anatomia del acto quirurgico de los materiales y de los tiempos posibilita un mejor manejo y el cumplimiento de los objetivos en la rehabilitacion de los pacientes post quirurgicos de fractura de humero proximal, que debe ser adaptado al caso particular de cada paciente.

## Neurorrehabilitación en adolescente con diagnóstico de encefalitis, posterior a cuadro de chikungunya

**AUTORES:** Univ. Cañete, Clara. Univ. Fretes, Rocío.

**TUTORAS:** Mg. Lic. Morales, Lelis Lic. Martínez, Rossan

### RESUMEN

**Introducción:** La encefalitis constituye una de las más frecuente, de las afecciones neurológicas en pacientes con cuadro compatible con chikungunya. El caso clínico presentado se manifestó como una encefalitis diseminada aguda tipo MOGAD, una enfermedad de anticuerpo MOG (mielina oligodendrocito glicoproteína) de reciente descubrimiento. Identificada la enfermedad requiere de la intervención multidisciplinaria en salud. El objetivo del reporte de caso es detallar las manifestaciones clínicas en un estadio subagudo de la enfermedad, describir la evolución clínica durante la rehabilitación física. El estudio permitirá reconocer las secuelas de la encefalitis post chikungunya, el manejo kinésico y evolución terapéutica desde un abordaje interdisciplinario durante la estancia en la Catedra de Pediatra del Hospital de Clínicas. El aporte científico y social brindará conocimientos desde la kinesiología acerca del efecto que puede desencadenar la enfermedad, teniendo en cuenta que Paraguay pasó por un brote epidemiológico importante de chikungunya, un año después de haber culminado la pandemia del COVID19. Descripción del caso: adolescente, varón de 17 años, sin antecedentes patológicos de base, acude al Hospital Regional de Caacupé tras 4 días de sensación febril no graduada, sumándose posteriormente náuseas, vómitos y retención de orina. Es trasladado a la Cátedra de Pediatría del Hospital de Clínicas, en las primeras horas presenta disminución de la fuerza en miembros inferiores, alteración de la conciencia fluctuante y alteración hemodinámica, por lo que se traslada a UCIP, donde estuvo internado por 36 días. Entre los diagnósticos médicos se encuentran: Encefalitis diseminada aguda tipo MOGAD, Shock séptico sin foco claro, IVU a KPC y candida albicans, IACS, foco pulmonar a Klebsiella pneumoniae BLEE, Neumotórax izquierdo

(superado), NAVM a pseudomona, Trastorno neuroendocrino. Síndrome Pierde sal cerebral y Diabetes insípida central. El paciente recibe atención de fisioterapia durante su internación de UCIP. El día de internación 37, se traslada a sala de internación, continuando su tratamiento de fisioterapia, enfocando en la neurorrehabilitación. Diagnostico kinésico: Impotencia funcional grave a expensa de polineuropatía del paciente crítico, impidiendo al paciente rotar en el decúbito, incluso despegar la cabeza de la cama. A continuación, se presenta la evaluación de la primera y última sesión, el paciente se encontraba en todo momento lucido, colaborador, estable hemodinámicamente y neurológicamente. Acompañado de sus padres.

Evaluación sesión 1	Evaluación sesión 10
<p><b>E. Respiratoria</b> Buena mecánica respiratoria Murmullo disminuido en base izquierda No presenta disnea ante la evaluación</p>	<p><b>E. Respiratoria</b> Buena mecánica respiratoria Murmullo conservado en todos los campos</p>
<p><b>E. Neuromotora</b> Fuerza muscular: MMSS: 2/5, MMII: 0/5, cabeza, cuello tronco: 1/5. ROT abolido en MMII, no se observa reflejos patológicos. Tono muscular: disminuido Sensibilidad: alterada en MMII Test DMAUTI: 8/60. Barthel: 0/100 Sin control ni sensación, de esfínteres. Deglución conservada. Musculatura facial conservada. Sin dolor articular.</p>	<p><b>E. Neuromotora</b> Fuerza muscular: MMSS: 3/5, MMII: 1/5, cabeza, cuello, tronco: 3+/5 ROT disminuido en MMII Tono muscular: disminuido Sensibilidad: alterada en MMII Test DMAUTI: 20/60. Barthel: 5/100 Sin control de esfínteres, presenta sensación de llenado vesical</p>
<p><b>E. Circulatoria y trófica</b> Hipotrofia muscular generalizada Úlcera por presión, en proceso de curación.</p>	<p><b>E. Circulatoria y trófica</b> Sin cambios</p>

Las terapéuticas aplicadas fueron: estimulación propioceptiva, ejercicios de FNP en cabeza, cuello y MMII, vendaje neuromuscular en dorsiflexores (técnica de corrección funcional), ejercicios de activación de piso pélvico, sedestación y bipedestación progresiva, ejercicios de inspiración/espriación profunda.

**Discusión:** Estudios nacionales describen que las complicaciones raras de chikungunya incluyen enfermedad neurológica, cardíaca o renal. El caso presentado predomina un compromiso neurológico, de recuperación lenta y progresiva. Una investigación del Brasil señala que la neurorrehabilitación puede ser beneficiosa para pacientes con secuelas neurológicas, como encefalitis, meningitis y síndrome de Guillain-Barré, que puede ocurrir en casos raros de infección por chikungunya. **Conclusión:** Existe poca evidencia científica acerca de la neurorrehabilitación en pacientes con secuelas de chikungunya, sin embargo, conociendo la enfermedad es posible encaminar un tratamiento adecuado. El estudio de caso permitió, la contextualización concisa y clara de las características con las que se manifestó esta patología, la magnitud del compromiso funcional y el impacto que tuvo en su autonomía y calidad de vida. Esperamos este reporte sirva, ante la posibilidad de presentación de un paciente con características similares, como una referencia relevante, que aporte información útil acerca del manejo kinésico que podría ser aplicado.

# REVISTA CIENTIFICA

## VII CCNEKYF

**CASO CLINICO**

**ESTUDIANTE**

**TITULO:** Evolución kinésica post quirúrgico de proceso expansivo en fosa posterior + colocación de válvula de derivación externa (DVE) en adulto mayor.

**AUTORA:** Fretes Díaz, Karina Zuely. Estudiante de 5to año Kinesiología y Fisioterapia

**ASESORES:** Lic. Mg. Morales Lelis, Encargada de Cátedra de Clínica Kinésica Quirúrgica II

Lic. Alvarenga Vivian. Encargada de piso Catedra de Neurocirugía (Neuro rehabilitación)

### **RESUMEN**

Introducción: La fosa posterior es un espacio pequeño en el cráneo, que se encuentra cerca del tronco encefálico y del cerebelo. Este último es la parte del cerebro responsable del equilibrio y los movimientos coordinados. El caso se trató de una paciente con hemagioblastoma, un tipo de tumor benigno, entre los tratamientos quirúrgicos recibidos se encuentra la exéresis tumoral y la colocación de una válvula de derivación externa. El objetivo del estudio es describir la evolución kinésica post quirúrgico de una paciente sometida a exéresis tumoral de fosa posterior. Descripción del caso: paciente mujer de 32 años, internada en el servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas con el diagnóstico post quirúrgico de exéresis tumoral de fosa posterior más, colocación de DVE. Inicia el tratamiento kinésico a los 7 días PO, recibiendo en total 8 sesiones de fisioterapia. A continuación, se describe la evaluación de la primera y octava sesión, al mismo tiempo se detallan los tratamientos aplicados.

Primera sesión (internación)	Tercera sesión (internación)
<p>Sistema Nervioso</p> <p>*Estado de conciencia: Ubicada en TEP. Colaboradora.</p> <p>* Glasgow 14/15 (por respuesta ocular).</p> <p>*Deglución: conservado</p> <p>*Tono, trofismo: conservado</p> <p>*Movilidad pasiva: conservado</p> <p>*Movilidad activa:</p> <p>Fuerza: sin alteración (MRC MMII (4)</p> <p>MSD (3) MSI (4)</p> <p>Motilidad refleja: alterada</p> <p>*ROT: normal</p> <p>*Sensibilidad: sup y prof. Sin alteración</p> <p>*Coordinación: sin alteración</p> <p>Índice nariz y adiadocinesia</p> <p>*Control cefálico: alterado</p> <p>*Bipedestación: no se explora</p> <p>*Marcha no explorada</p> <p>*Pares craneales: conservados</p> <p>*Seguimiento visual: conservado</p> <p>*Reflejo vestibuloocular: no logra</p> <p>*Se constata nistagmus de origen central.I</p>	<p>Sistema Nervioso</p> <p>*Estado de conciencia: Ubicada en TEP. Colaboradora.</p> <p>* Glasgow 15/15</p> <p>*Deglución: conservado</p> <p>*Tono, trofismo: conservado</p> <p>*Movilidad activa: alterada a expensas de temblores en miembro superior derecho.</p> <p>Fuerza: sin alteración (MRC MMII (4)</p> <p>MSD (3) MSI (4)</p> <p>Motilidad refleja: alterada</p> <p>*ROT: normal</p> <p>*Sensibilidad: sup y prof. Sin alteración</p> <p>*Equilibrio: alterado</p> <p>Romberg (+)</p> <p>Romberg Barre (+)</p> <p>*Coordinación: sin alteración</p> <p>*Control cefálico y de tronco: conservado</p> <p>*Sedestación: sin alteración</p> <p>*Bipedestación: conservada.</p> <p>*Marcha atáxica (logra con ayuda)</p> <p>*Pares craneales: conservados??</p> <p>*Seguimiento visual: no logra</p> <p>*Reflejo vestibuloocular: no logra</p> <p>*Se constata nistagmus de origen central.</p>

Cuarta sesión (ambulatorio)	Novena sesión (ambulatorio)
<p>Sistema Nervioso</p> <p>*Estado de conciencia:</p> <p>Ubicada en TEP. Colaboradora</p> <p>*Tono, trofismo: conservado</p> <p>*Movilidad pasiva: conservado</p> <p>*Movilidad activa:</p> <p>Fuerza: sin alteración (MRC)</p> <p>MMII (4+)</p> <p>MSD (3) MSI (4+)</p> <p>Motilidad refleja: alterada</p> <p>*ROT: normal</p> <p>*Sensibilidad: sup y prof. Sin alteración</p> <p>*Coordinación: sin alteración</p> <p>Índice nariz y adiadococinesia</p> <p>*Equilibrio: alterado</p> <p>Romberg (+)</p> <p>Romberg Barre (+)</p> <p>*Apoyo unipodal: no logra</p> <p>*Marcha atáxica</p> <p>*Pares craneales: conservados</p> <p>*Seguimiento visual: conservado</p> <p>*Reflejo vestibuloocular: alterado</p> <p>*Se constata nistagmus de origen central.</p> <p>*Escala de DHI: 84 pts.</p> <p>* Glasgow 15/15 (por respuesta ocular).</p>	<p>Sistema Nervioso</p> <p>*Estado de conciencia:</p> <p>Ubicada en TEP. Colaboradora</p> <p>*Tono, trofismo: conservado</p> <p>*Movilidad pasiva: conservado</p> <p>*Movilidad activa:</p> <p>Fuerza: sin alteración (MRC)</p> <p>MMII 4+</p> <p>MSD (4) MSI (4+)</p> <p>Motilidad refleja: alterada</p> <p>*Coordinación: sin alteración</p> <p>*Equilibrio: alterado</p> <p>Romberg (-)</p> <p>Romberg Barre (+)</p> <p>*Apoyo unipodal: logra 3s.</p> <p>*Marcha lineal con desviación a la derecha esporádicamente</p> <p>*Pares craneales: conservados</p> <p>*Seguimiento visual: conservado</p> <p>*Reflejo vestibuloocular: conservado</p> <p>*Se constata nistagmus de origen central.</p> <p>*Escala de DHI: 46 pts.</p> <p>*Glasgow 15/15.</p>

Tratamiento en internación	Tratamiento ambulatorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Posicionamiento en la cama, cambios de decúbito, medidas anti escaras.</li> <li>*Movilizaciones activas libres de miembros.</li> <li>*Sedestación progresiva en cama.</li> <li>*Ejercicios de control cefálico.</li> <li>*Ejercicios oculomotores y de fijación visual.</li> <li>*Sedestación al borde de la cama (7min)</li> <li>*Bipedestación (descarga de peso)</li> <li>*Educación al paciente y familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Ejercicios oculomotores.</li> <li>*Ejercicios de VOR. (Fija la mirada con movimientos cefálicos).</li> <li>*Ejercicios de seguimientos visuales acompañado de movimientos cefálicos.</li> <li>*Ejercicios de propiocepción.</li> <li>*Ejercicios de coordinación y equilibrio.</li> <li>*Reeducación de la marcha, con diferentes grados de dificultad.</li> <li>*Ejercicios unipodales estaticos y dinamicos con fijación visual.</li> </ul>

**Discusión:** Investigation and comparison of the effects of rehabilitation on balance and M Karakaya; N Kose; S Otman; T Ozgen; I Papo. Journal of Neurosurgical Sciences; Dec 2000; 44, 4; ProQuest Health and Medical Complete. Se puede concluir que los enfoques de rehabilitación son efectivos en los problemas de equilibrio y coordinación observados en ambos grupos de pacientes con tumores, pero las respuestas al tratamiento son más evidentes en los tumores del ángulo cerebelopontino, que tienen un pronóstico más favorable.

Role of Long-Term Vestibular Rehabilitation in a Patient with Posterior Fossa Tumor: A Case Report with 2 Years of Follow-Up. Yuşa Başıoğlu, Oğuz Yılmaz, İlayda Çelik, Mustafa Bülent Şerbetçioğlu. 2020.09.11. Hemos demostrado que la rehabilitación vestibular a largo plazo puede afectar a un paciente con gangliocitoma cerebelar displásico (LDD) que presenta desequilibrio o mareos.

Sin embargo, la paciente evaluada presenta nistagmo horizontal, vértigo, náuseas, vómitos, temblores y dificultad para la marcha. La fisioterapia vestibular es un tipo de fisioterapia que se enfoca en el tratamiento de trastornos del equilibrio y la percepción espacial, como los que pueden ocurrir después de un tumor cerebral. De este modo la aplicación de técnicas kinésicas en el caso clínico presentado apunta a recuperar las secuelas de dicha patología, devolviendo la autonomía al paciente.

Conclusión: los procesos expansivos cerebrales traen como consecuencias alteraciones funcionales dependiendo de la zona comprometida, en el caso presentado la exeresis tumoral así como la consecuencia del proceso expansivo generó alteraciones en el equilibrio, limitando su autonomía en las AVD y la marcha, no obstante la fisioterapia oportuna se vale de la neuroplasticidad cerebral logrando de esta forma la independencia en actividades cotidianas. El papel del kinesiólogo dentro del equipo multidisciplinario en área quirúrgicas, siguiendo en forma ambulatoria es fundamental para el éxito terapéutico final, pues el manejo integral permite la máxima recuperación de la persona. Los resultados en este estudio clínico dan pie a la importancia de la rehabilitación neurológica y respiratoria que muchas veces no se obtienen resultados positivos cuando la intervención del profesional kinesiólogo es tardía.

**Caso clínico: Fisioterapia dermatofuncional en paciente con síndrome compartimental por rabdomiólisis, sometido a cirugía plástica, en el Hospital de Clínicas UNA.**

**AUTORES: Romero Herrero, Cristina Del Pilar. Franco Giménez, Alexandra**

**TUTORA: Lic. Morales Lelis.**

#### RESUMEN

**Introducción:** La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo, la fascitis necrosante es una enfermedad rara pero grave con una alta tasa de mortalidad cuyo tratamiento es un desbridamiento quirúrgico agresivo y antibióticos de amplio espectro. La fisioterapia dermatofuncional utiliza recursos terapéuticos para tratar diversas alteraciones estéticas y funcionales de la piel. El caso clínico corresponde al abordaje kinésico dermatofuncional pre y post quirúrgico en un paciente con diagnóstico de fascitis necrotizante sometido a cirugía plástica reconstructiva en el Hospital de Clínicas.

Descripción de caso: paciente varón de 22 años, sin patologías de base, con diagnósticos de, bacteriemia por SARM superada, Colecciones múltiples en TCSC en remisión, Fascitis Necrosante de miembro superior derecho per Enterobacter coclae complex productor de carbapenemasa tipo MBL, Síndrome compartimental en miembro superior derecho que se atribuye como complicación de Rabdomiolisis , Toilette quirúrgico + desbridamiento MSD, Fasciotomía de MSD y Disección del palmar menor, neurólisis externa del mediano, liberación de adherencias en codo, injerto de piel en antebrazo. Antecedentes de la enfermedad: el paciente estuvo internado 36 días en la ICCM, acude al hospital por dolor intenso en hombro, sensación febril, urticaria y angioedema, manifiesta que una semana antes presenta forúnculo con secreción purulenta en la región paraesternal derecha, dice haber manipulado con alambre. Posterior al control clínico, es trasladado a la Unidad de Cirugía Plástica, donde inicia la sesión de fisioterapia luego de la toilette quirúrgico y desbridamiento. Diagnóstico kinésico: disfunción del miembro superior derecho, que impide la movilidad del codo, nula actividad en muñeca y dedos, adopción de postura viciosa de flexión en hombro, codo y muñeca. En total recibió 20 sesiones de fisioterapia. El tratamiento kinésico consistió en la preparación prequirúrgica, reeducación de la postura, tratamiento de la piel y cicatrices adheridas, estimulación de la circulación periférica, reeducación y fortalecimiento muscular, estimulación propioceptiva y sensitiva en la región de la mano, cuidados posturales con ortesis y elementos de sostén. A continuación, se detalla los hallazgos de la primera sesión y los resultados alcanzados:

Sesión  
1 y 2

SOMA  
(lado derecho)  
- Postura: férula de yeso y vendaje blando antebraquiopalmar, antepulsión de hombro, flexión de codo 100°, muñeca flexión 50°, dedos 45°, pulgar en oposición.  
  
-Rango: flexión de codo 110°, extensión 40°, no presenta pronosupinación, dedos apertura 10°, rigidez pulgar.  
-Fuerza: flexión y extensión de codo 5/5 (dentro de su rango), pronosupinación 0/5, extensión de muñeca 2/5 (dentro de su rango), flexión 0/5. Dedos 0/5.  
-Sensibilidad: ausente en pulgar (C6), ausente en 3°,4° y 5° dedo palmar (C7). Ausente en meñique (C8).  
-Escala de DASH: limitación severa.

Dermatofuncional y circulatorio (lado derecho)  
Herida: abierta, cubierta por apósito, buen tejido de granulación (aun sin injerto)  
Piel: hipotrofismo piel, hipotrofia muscular distal y ungeal.  
Test: el paciente no puede realizar motricidad fina, no puede manipular objetos (se suma al tratamiento la rehabilitación en la mano no dominante)

Sesión  
20

SOMA  
(lado derecho)

SOMA  
(lado derecho)  
- Postura: vendaje blando antebraquiopalmar, antepulsión de hombro, flexión de codo 140°, muñeca flexión 60°, dedos 45°, pulgar en oposición.  
-Rango: flexión de codo 140°, extensión 60°, presenta pronosupinación 10°, dedos apertura 10°, rigidez pulgar.  
-Fuerza: flexión y extensión de codo 5/5 (dentro de su rango), pronosupinación 2/5, extensión de muñeca 2/5 (dentro de su rango), flexión 0/5. Dedos 0/5.  
-Sensibilidad: ausente en pulgar (C6), ausente en 3°,4° y 5° dedo palmar (C7). Ausente en meñique (C8).  
-Escala de DASH: limitación severa.

Dermatofuncional y circulatorio (lado derecho)  
Herida: abierta, cubierta por apósito, buen tejido de granulación (perdida del de injerto)  
Piel: hipotrofismo piel, hipotrofia muscular distal y ungeal.  
Test: el paciente no puede realizar motricidad fina, no puede manipular objetos (se suma al tratamiento la rehabilitación en la mano no dominante)

Fasciotomía MSD donde se observa tendón flexor.

Foto

proporcionada por el pacto, durante internación de la catedra



Herida abierta de fasciotomía MSD + 2 desbridamientos.

Foto tomada en recorrida por cirujano. 1ra sección (29-06 -23) en cx plástica



Día de cx de autoinjerto en MSD de muslo derecho, Manejo pos-operatorio. Colocación de férula de yeso + venda blanda tipo circular en MSD



3er día de injerto



días del retiro de injerto cutáneo

A) vendaje con supuraciones verdosas  
B) retiro de puntos en la zona prox del antebrazo





**Discusión:** Stang (2011) señala que la fisioterapia en injertos de piel puede incluir ejercicios para mejorar la movilidad y la fuerza en la zona afectada, así como terapia manual y otros tratamientos para reducir el dolor y la inflamación. El caso presentado aplicó terapéuticas enfocadas a las retracciones de partes blandas, producto de la lesión y secuelas quirúrgicas. Al mismo tiempo la manipulación fascial en cicatrices se refiere a técnicas terapéuticas que permitan liberar las adherencias de esta forma mejorar el rango de movimiento. Respecto al manejo de la lesión neurológica y motora, Manipulación de nervios periféricos un estudio español describe que la manipulación de nervios periféricos es una técnica utilizada en fisioterapia para movilizar y liberar la tensión en los nervios. Esta técnica puede ayudar a mejorar la función nerviosa y reducir el dolor.

**Conclusión:** el caso clínico estudiado nos permitió seguir la evolución quirúrgica desde el preoperatorio, durante la cirugía y post operatorio, analizamos el compromiso anatómico y funcional, siempre acompañado del equipo médico quirúrgico, siguiendo minuciosamente la recuperación del paciente. Mediante la interacción con los cirujanos y la clínica kinésica las decisiones terapéuticas de fisioterapia dermatofuncional fueron ampliándose en intensidad y duración durante las 20 sesiones, destacando además el acompañamiento en todo momento del equipo de kinesiología y enfermería. Actualmente la paciente continua su rehabilitación de forma ambulatoria en el servicio de kinesiología.

#### LECCIONES APRENDIDAS EN EL MANEJO KINÉSICO DEL EDEMA POST QUIRÚRGICO

Autoras: Est. Univ. Clara Leticia Lima Espinola y Est. Univ. Natalia Nadine Miers  
Estudiantes del 5to curso Carrera de Kinesiología y Fisioterapia FCM UNA  
Tutora: Lic. Lelis Morales (docente de Clínica Kinésico Quirúrgica II)

**Introducción:** Lecciones aprendidas en el I Congreso Internacional de Kinesiología y Fisioterapia en Cirugía, realizado el 8 de junio del 2023 en las instalaciones del Hospital de Clínicas FCM UNA, tuvo como ponencia el tema manejo kinésico del edema post quirúrgico, cuya disertante a cargo fue la Lic. Layla Riady, Kinesióloga chilena, especialista en el tema, por otro lado se expuso el tema fisioterapia intraoperatoria en cáncer de mama, siendo la disertante la Dra. Ellen P. Morbeck, fisioterapeuta barsileña, investigadora y especialista en el tema. A continuación, se desarrolla los puntos aprendidos.

**Desarrollo:** La kinesióloga Riady, señala en su exposición que el Gold Standard para la evaluación de una linfedema es la linfografía isotópica, esta permite visualizar el sistema linfático en tiempo real. Con relación a la evolución del edema, menciona que en un estudio se identificó el daño en el sistema linfático a través de una disección quirúrgica y el otro grupo de estudio se realizó la cauterización al sistema linfático, al mismo tiempo se observó que el primer grupo tuvo una buena evolución a los 14 días, sin embargo, la otra muestra presento signos inflamatorios con proliferación de tejido conectivo y de tejido adiposo.

Entonces, el tratamiento kinésico depende del acto quirúrgico, por ejemplo el drenaje linfático manual es una técnica que nos ayuda a redireccionar el flujo del área edematizada hacia el lado sano, asimismo se puede aplicar la compresión mediante kinesiotape y vendajes, este último favorece la filtración del líquido y ayuda a la reabsorción de macromoléculas.

Por otro lado, mencionó que el ejercicio es clave, siendo una bomba de función aspirativa ya que los músculos que nos ayudan a activar la circulación linfática. Sumado a esto, el cuidado de la piel es importante por su efecto de inmunitario y de protección. Otras terapias que utiliza la experta son, la compresión neumática, láser de baja potencia oscilaciones profundas y tecaterapia; respecto a las ondas de choque y vacúnterapia se utiliza dependiendo del tipo de edema.

Siguiendo con el mismo tema, la fisioterapeuta Morbeck, en su ponencia sobre fisioterapia intraoperatorio en cáncer de mama, la misma ayuda a disminuir el dolor, controlar el edema, prevenir equimosis, reparación residual (buena cicatrización), prevenir seromas y otras secuelas.

Entre los recursos fisioterapéuticos no intraoperatorios se encuentra el kinesiotaping y el láser de baja potencia. De este modo, la fisioterapeuta especialista señala que el tratamiento de fisioterapia dependerá mucho de la cirugía realizada al paciente, debemos conocer su biografía clínica, al mismo tiempo es fundamental el trabajo multidisciplinario, la comunicación con el equipo profesional para una evolución y recuperación favorable del paciente.

**Conclusión:** haber participado en el evento científico internacional, nos permitió reforzar los conocimientos y conocer los diferentes abordajes kinésicos en edema posquirúrgico. Como estudiantes destacamos el mensaje de las profesionales respecto a adaptarnos de manera ágil a los cambios que puedan presentarse, sin perder de vista el propósito de salud, humanización y empatía en el cuidado del paciente.

#### REHABILITACIÓN NEUROPEDIÁTRICA EN ESCOLAR POSQUIRÚRGICO DE PROCESO EXPANSIVO ESPINAL - GLIOMA ASTROCITOMA PILOCÍTICO

##### TUTORES:

Mg. Lic. Lelis Morales  
Lic. Rossana Martínez

##### AUTORAS:

Univ. Clarissa Paiva  
Univ. Antonella Torres

##### RESUMEN

**Introducción:** Los gliomas en niños pueden ser divididos en cuatro tipos histológicos, que acorde con la Organización Mundial Salud (OMS) se pueden distinguir hasta en 22 subtipos de gliomas con diferentes grados. Pilocítico (grado I), Fibrilar difuso (grado II), Oligodendroglioma (grado II), Oligoastrocitoma (grado II). Asimismo, el Astrocitoma Pilocítico es el tumor cerebral más frecuente en niños, no obstante, la localización menos frecuente de los astrocitomas pilocíticos es a nivel intramedular (1-3). El objetivo del reporte de caso clínico es describir la evolución posoperatoria inmediata y mediata, luego de recibir atención kinésica en un total de 15 sesiones.

Descripción de caso: Paciente escolar de 10 años que acude al Hospital de Clínicas, luego de dos meses de dolor lumbar, caída de propia altura y pérdida de equilibrio de un mes de evolución, al ingreso se constató marcha en steppage y ausencia de reflejos osteotendinosos. Tras determinar el diagnóstico médico, es sometido a cirugía. Diagnósticos: síndrome medular a expensas de proceso expansivo tumoral (T12 - L2), Glioma de subtipo Astrocitoma Pilocítico Grado 1, Post quirúrgico de exéresis tumoral T11 - T12 + Artrodesis de 4 niveles, Obesidad, Vejiga neurogénica, IVU superada. Inicia la sesión de fisioterapia luego en 5 día posoperatorio, recibiendo en total 15 sesiones durante su internación, en un intervalo de 3 veces por semana. Los parámetros vitales se mantuvieron en rango en todo momento. A continuación, se describe la evaluación neurológica de la primera sesión y última sesión antes del alta hospitalaria.

<p><b>Primera sesión (7 días PO)</b>  Fuerza en MMSS 4/5  Fuerza en MMII 0/5  Fuerza en cabeza y cuello 4/5  Fuerza en tronco 0/5</p> <p>ROT en MMSS conservado  ROT en MMII ausente  No realiza la sedestación, utiliza corsé dorsolumbar.  Sensibilidad desde la región infraumbilical hasta MMII abolido  No presenta control de esfínteres  Escala de Barthel: 20 puntos, dependencia grave.  Escala de ASIA: nivel A completa.  Escala Campbell, hipotonía moderada grado II.</p>	<p><b>Quinceava sesión (50 días PO)</b>  Fuerza en MMSS 5/5  Fuerza en MI Derech: 2/5, Izqu:1/5</p> <p>Fuerza en cabeza y cuello 5/5  Fuerza en tronco 3+/5</p> <p>ROT en MMSS conservado  ROT en MMII conservado  Logra sentarse 5 minutos con ayuda, pero sin asistencia permanente.  Logra la bipedestación con ayuda terapéutica y ortesis.  Sensibilidad: MID y MII superficial presentes por debajo del ombligo y proximal a la articulación de la cadera bilateral.</p> <p>No presenta control de esfínteres  Escala de Barthel: 25 puntos, dependencia grave.  Escala de ASIA: nivel C incompleta.  Escala Campbell, hipotonía leve grado I</p>
--	---

**Entre las terapeutas kinésicas aplicadas se encuentran:** La metodología de Rood, como estimulación sensorial controlada, técnicas de "Brunstrom". Otras terapéuticas aplicadas fueron, ejercicios propioceptivos con balón, ejercicios analíticos y elongaciones en miembros inferiores. Se utilizaron ayudas técnicas como corse, estabilizador de rodillas para la bipedestación.

**Discusión:** Correia y Seidl (2022), describen que los aspectos bioéticos de autonomía son importantes para constituir la independencia de un paciente adolescente con lesión medular (4). En esta línea, la fisioterapia se inclinó en todo momento en la independencia y autonomía, dentro de las limitaciones físicas que el paciente presenta. Por otro lado, la literatura indica que la localización menos frecuente de los astrocitomas pilocíticos es a nivel intramedular (3), de esta forma se presenta un caso clínico con escasas referencias en la evaluación del seguimiento kinesiológico.

**Conclusiones:** Se concluye con la conducta terapéutica tomada desde el posquirúrgico inmediato, permitió observar un resultado alentador, devolviendo de cierta forma la autonomía de paciente. Este reporte de caso ha servido para evidenciar nuestro desarrollo profesional en diversos aspectos y tiempos de la neurorrehabilitación pediátrica, desde los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, relacionados a la patología de tipo de localización infrecuente. El análisis de su manifestación atípica en este específico paciente ha brindado un desafío al momento de elaborar la terapéutica correcta, pero al mismo tiempo nos ha ayudado a demostrar nuestro potencial como futuros profesionales.

The background features a grid of light blue squares, each containing a white medical icon: a fetus in a womb, a brain, a heart, a hand holding a pulse, a person sitting, and a pair of lungs. The top and bottom corners are decorated with overlapping geometric shapes in shades of blue and red.

# MESAS REDONDAS

#### Rehabilitación en Geriatría

**Presidenta de la mesa:** Dra. Patricia Gutiérrez, Fisioterapeuta, Máster en Gerontología.

Disertantes invitados:

- Dr. Santiago Giralt, Médico Geriatra
- Dra. Blanca Lafarja, Psicóloga
- Lic. Rossana Acosta, Kinesióloga, especialista en geriatría

Como parte del VII Congreso Científico de Kinesiología y Fisioterapia de la UNA, se realizó una Mesa Redonda sobre la Rehabilitación en Geriatría, en la cual se dio una amena charla compartiendo conceptos y sobre todo experiencias en el trabajo de rehabilitación, a los adultos mayores.

El primero en tomar la palabra fue el Dr. Santiago Giralt, quien explicó cómo debe ser el abordaje integral en el adulto mayor, teniendo en cuenta su pluripatología, el entorno, el estado mental y emocional, entre otras cosas. Pues todo puede afectar al adulto mayor, como la hidratación, la movilidad (que es fundamental), las relaciones interpersonales, etc.

Luego la Dra. Blanca Lafarja compartió con los presentes una mirada desde la psicología del adulto mayor y que se puede hacer para mejorar la empatía con los mismos. Las dificultades más frecuentes que se observan, como la soledad o la depresión y como abordarlas.

Así mismo, comentó sobre la investigación que realizó sobre la “Sexualidad en el adulto mayor” como los mitos y tabúes que rodean al tema. La importancia del respeto a los deseos de las personas, que la sexualidad no tiene una fecha de caducidad y que no es meramente “genitalidad”, es algo mucho más integral que tiene que ver con la relación de pareja.

Finalmente, la Lic. Rossana Acosta, habló sobre su experiencia como encargada del departamento de Fisioterapia y Kinesiología del Hospital Geriátrico de IPS, Buongermini desde hace más de 13 años. los logros y sus desafíos en la atención a las personas mayores, la importancia de la humanización de la atención en salud y la importancia de estar preparados para asistir a este grupo etario que cada vez es mayor en nuestro país y en el mundo entero.

#### ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN SUELO PÉLVICO Y CORE.

##### **Conclusión:**

La rehabilitación pélvica es un área intensa y extensa en conocer, descubrir desde el área de rehabilitación como fisioterapeutas en Paraguay, difundir conocer, respetar.

Conocimos dos métodos fantásticos que actúan sobre la musculación pélvica obteniendo el reconocimiento del funcionamiento físico como un todo, integrando a la correcta funcionalidad del CORE y piso pélvico, desde la postura, respiración, efecto pistón, reconociendo que al tener disfunciones del piso pélvico provoca dolor coxígeo que puede llevar al dolor pélvico desde la tensión muscular de la misma.

La activación sinergia del suelo pélvico con la técnica del hipopresivo, obteniendo un efecto sinergia postura, neuromiofacial desde los órganos internos con el mecanismo postura, respiración y abnea, activación de la faja abdominal provocado un efecto de liberación de la presión intraabdominal, liberación así la presión sobre el músculo del suelo pélvico.

Desde el método de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del piso pélvico en niños y adultos, el fisioterapeuta esp. En rehabilitación pélvica también rehabilita la funcionalidad de los órganos pélvicos, disfunciones miccionales, coloproctológicas y neurológicas de la mano de los médicos, según la ICS the internacional continence society, es el tratamiento en primera línea en disfunciones pélvicos, que fue mencionado y compartido con la audiencia desde las consultas de los participantes hacia la mesa.

### MESA REDONDA

#### Alteración de la imagen corporal: Trastorno de la conducta alimentaria y ejercicio físico

**Dr. Julio Torales, Lic. Eve Otero, Dr. José Almirón, Lic. Marcos Almirón.**

Los trastornos de la conducta alimentaria TCA, son alteraciones que se producen por la ingesta inadecuada de alimentos y el control patológico del peso corporal que afecta predominantemente a las mujeres adolescentes, en una edad comprendida entre 13 a 18 años de edad. Los trastornos más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Son patologías biopsicosociales que engloban características clínicas como la malnutrición, síntomas psicopatológicos relacionado a la angustia, estrés, miedo, ansiedad y otras relacionadas con limitaciones sociales. Por mucho tiempo se ha considerado al ejercicio físico forma parte de los síntomas de los TCA; ideas sobrevaloradas acerca de tener un cuerpo en forma, además contrarrestar a través de ese mecanismo los síntomas negativos de la propia patología. Investigaciones realizadas mencionan que el ejercicio compulsivo no guarda relación con la intensidad y frecuencia de las sesiones de entrenamiento, más bien con los cambios que las personas realizan en sus actividades cotidianas, priorizando el ejercicio sobre otros hábitos en horarios rígidos. Signos y síntomas físicos como; la baja densidad de minerales óseos, sarcopenia, y bradicardia, hacen que un programa de ejercicio físico estructurado y especializado sea una opción útil para el manejo de este tipo de trastorno, tomando consideración que la persona debe estar estable desde el punto de vista médico y psicoterapéutico. Tener claro el componente psicoeducativo y reforzar los objetivos positivos del ejercicio físico es fundamental para el manejo. Queda claro que, un programa de fortalecimiento muscular progresivo puede lograr beneficios para la reducción de la psicopatología, mejorar la fuerza muscular y calidad de vida de las personas que aquejan con TCA, facilitando además su adherencia al tratamiento.

**Dra. Gudrun Weiler**

**Especialista en Medicina Física y Rehabilitacion-Fisiatria**

La atención en salud ha evolucionado en todo sentido, desde un objetivo paliativo a uno preventivo y desde un concepto de recuperación a uno de rehabilitación integral.

Actualmente el concepto de salud no se restringe solamente a factores biológicos, incluye también otros a su valoración ya que la Organización Mundial de la Salud la define como el “completo bienestar físico, psíquico y social de las personas y no meramente la ausencia de alguna enfermedad o presencia de una debilidad”. Proponiendo así una mirada biopsicosocial que entiende que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo. Bajo este concepto la discapacidad puede entenderse como una alteración de uno de los 3 niveles que componen la salud, ya sea el nivel físico, psíquico o social.

El modelo de Rehabilitación con Enfoque biopsicosocial coloca en el centro a la persona y su entorno, esto llevado a rehabilitación de personas en situación de discapacidad debe centrarse en la persona con enfoque de derechos humanos, fijándose objetivos a corto, mediano y largo plazo que consideren todas las dimensiones individuales, familiares, sociales y comunitarias de la persona y tiene como fin la Inclusión social de la persona y la máxima participación en el rol que cumple de acuerdo a su ciclo de vida. Los elementos indispensables para la intervención con EBBS son la mirada integral y la participación activa del usuario y su familia. Para la implementación se requiere de trabajo en equipo interdisciplinario y favorecer la intervención conjunta, la coordinación de cada caso en particular abarcando todas las áreas y especialidades que intervienen en la rehabilitación, generar instancias para la inclusión ya sea escolar, social o laboral, facilitar el acceso a los servicios, la obtención de recursos y ayudas técnicas necesarias para la inclusión.

## **La Atención Multidisciplinaria en usuarios con discapacidad con enfoque BIOPSIICOSOCIAL**

**Mgtr. Nidia Beatriz Fonseca Bellon**

Teniendo como eje central a la Persona con Discapacidad PcD en el proceso de rehabilitación, la intervención de cada profesional en su área de experticia y con un objetivo común como equipo, se logra llegar a la meta trazada.

La evaluación y trabajo en equipo multi, intra y transdisciplinario, favorece de manera notoria a la rehabilitación de la PcD; con el inicio de una evaluación inicial, seguidas de evaluaciones periódicas.

Para tener en cuenta los equipos de trabajo se pueden conformar de distintas maneras, dependiendo del objetivo, institución y manejo:

**Multidisciplinario:** Conjunto de disciplinas, cuyo punto de unión radica en el hecho de ser impartidas en el mismo centro. Este tipo presenta solo un nivel, con múltiples objetivos para cada disciplina e independientes entre sí, no existe ninguna línea de relación o cooperación

**Interdisciplinario:** Conjunto de disciplinas ligadas entre sí y con relaciones definidas. A fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada.

**Transdisciplinario:** Es un grupo de profesionales especializados en diferentes áreas que trabajan de forma conjunta. Interactúan, comparten información, conocimientos o habilidades trascendiendo su propio espacio disciplinar.

Las profesiones Terapéuticas que integran mínimamente el equipo de trabajo son:  
**Coordinador de equipo:** con el papel de coordinar las evaluaciones del usuario/a y la familia, las citas y seguimientos de las terapias establecidas en cada evaluación.

**Enfermería:** toma de signos vitales, peso, nivel de glicemia en sangre, toma de muestras laboratoriales, antes, durante y posterior de las evaluaciones y terapias, según necesidad.

**Terapia Ocupacional:** evaluación y seguimiento con el tratamiento en cuanto a la destreza, actividades de la vida diaria, área cognitiva.

**Fonoaudiología:** evaluación y seguimiento con el tratamiento en cuanto a la comunicación expresiva como comprensiva, fonética y deglución.

**Psicología:** evaluación y seguimiento con el tratamiento en cuanto al manejo de emociones, cambios de humores, aceptación y adaptaciones tanto de la PcD como de la familia.

## **Intervención de la Kinesiólogía y Fisioterapia en la rehabilitación de la PcD**

La intervención del Fisioterapeuta en la evaluación y seguimiento con el tratamiento en el proceso de la rehabilitación física de la PcD se aboca principalmente en la motricidad, equilibrio, fuerza, sensibilidad, coordinación y función.

Para que estas intervenciones sean objetivas se aplican diferente instrumento de evaluación como el Índice de Barthel, Escala de Ashworth, Escala de equilibrio de Berg, Escala de Rankin, Escala de ASIA, Pfeiffer, Velocidad de marcha m/sg, como otras, dependiendo de la enfermedad, elección o afección del usuario. Mencionados instrumentos deberían aplicados desde el inicio del proceso de rehabilitación al usuario, en forma periódica estableciendo tiempos de periodos de 6 semanas entre cada evaluación; de tal manera observar el avance o no del tratamiento aplicado para avanzar con el mismo o realizar modificación o cambios.

El rol del fisioterapeuta en el tratamiento del usuario concite en darles las arman necesarias para lograr los objetivos trazado, como la autonomía y funciones motoras, con maniobras Kinesicas especificas o combinadas, ejercicios de equilibrio y coordinación, Propiocepción y fuerza, y muchas veces trabajo conjunto con TO, Fono y Psicología, obteniendo el mejor resultado.

Intervención del Trabajador Social en el proceso de rehabilitación

### **Dra. Rosa Ruffinelli**

La intervención del Trabajador Social en el proceso de rehabilitación esta dada por: los principios que rigen a la profesión, como son la:

Promoción de los Derechos Humanos: Los trabajadores sociales promueven y se rigen por los derechos fundamentales e inalienables de todos los seres humanos. El trabajo social se basa en el respeto del valor inherente hacia la dignidad de todas las personas y los derechos individuales y sociales y/o civiles. Promover el acceso a recursos de forma equitativa

Los trabajadores sociales abogan y trabajan por el acceso y la distribución equitativa de recursos y la riqueza. Todos sabemos que los recursos son limitados siempre y en esa lógica lo que hace el Ts, es ver la condición económica, social y oportunidad en el proceso de rehabilitación .

El enfoque de derecho en la atención a la discapacidad y en el proceso de rehabilitación es una perspectiva que busca garantizar la inclusión, la participación plena y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

### **Rol de TS en rehabilitación**

Identificación de la condición social de los usuarios: eso implica conocer no solamente su estructura familiar, sino todas las redes con que cuenta el usuario y que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de rehabilitación

Elaboración del Informe Social que es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma, con carácter exclusivo un trabajador social.

Gestión de recursos conforme a criterios técnicos para la obtención de ayudas técnicas u otros requerimientos.

Trabajar con el equipo multidisciplinario aportando desde una mirada holística los aspectos que hacen a la vida y entorno de la persona con discapacidad.

#### PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Dr. Humberto Mazotti

La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios.

Ya en el siglo pasado Tom Beauchamp y James Chidress describieron cuatro principios orientadores para dilucidar los dilemas bioéticos. Fueron rápidamente aceptados por gran parte de la comunidad bioética. Ciertamente no son los únicos principios pero en general se los considera una herramienta de gran valor. Más tarde Diego Gracia estableció una jerarquización de los principios, la cual es también muy aceptada.

El primer principio es la “No maleficencia”. Es derivado de la máxima hipocrática: “Antes que nada no dañar”. Por este principio se considera inmoral causar más daño que beneficio a un paciente con determinado tratamiento o procedimiento diagnóstico. También serían contrarios a este principio el aborto voluntario directo y la eutanasia.

El segundo principio es el de Justicia, por el cual se obliga al profesional sanitario a brindar al paciente a lo que tiene derecho, es decir el mejor tratamiento posible. Por otra parte también implica la atención preferente a los miembros vulnerables como niños, adultos mayores, indígenas, etc.

Los principios de no maleficencia y de justicia son, de acuerdo a Diego Gracia, de mayor jerarquía que los otros dos que siguen a continuación.

El principio de Beneficencia exhorta a hacer lo mejor posible a nuestro paciente, a tratar a nuestro paciente como nos gustaría nos trataran a nosotros en su lugar.

Finalmente el principio de Autonomía establece que el paciente puede participar en la toma de decisiones sobre su salud y que tiene que dar su consentimiento para la realización de estudios y tratamientos.

## COMITÉ DE BIOÉTICO HOSPITALARIO

### Dra. Mirian Riveros

Se trata de un grupo multidisciplinario de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha recibido oficialmente la misión de aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica.

Una de las nobles tradiciones profesionales, que ha sido consagrada en todos los códigos modernos, y que es objeto de una de las cláusulas, de uno de los deberes del médico hacia su paciente en el Código Internacional de Ética Médica (Código de Londres), es que "siempre que un examen o un tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico cualificado en la materia"

Los primeros comités de este tipo de los que tenemos noticia se constituyeron en los Estados Unidos en los años 1920. Para decidir sobre la esterilización o no de enfermos mentales con defectos trasmisibles a su descendencia.

El año 1975 fue decisivo para la historia de los comités de ética. Dos fueron los sucesos que pusieron a los comités bajo la mira:

La revisión, hecha en Tokyo, de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Un artículo de la pediatra norteamericana Karen Teel, que había propuesto la creación de estos comités para resolver casos como el presentado por Karen Quinlan.

En 1976 el Primer Comité reconocido fue el creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey. USA)

Los Comités de Bioética Hospitalaria son; grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo, docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria, priorizando el derechos del paciente, no es vinculante, es independiente y es consultado ante casos difíciles.

## **BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL KINESIÓLOGO Y FISIOTERAPEUTA**

**Mgtr. Nidia Beatriz Fonseca Bellon**

Tomando como base los 4 principios de la Bioética el quehacer en la práctica profesional del Kinesiólogo y Fisioterapeuta está presente en todo momento, tanto en el ámbito profesional como social, familiar y personal y con relación:

Al paciente: desde el ingreso, evaluación y aplicación del tratamiento, según los objetivos trazados a inmediato, mediano y largo plazo.

A la familia del paciente: con respecto a la evaluación, tratamiento y evolución del mismo; cumpliendo con las expectativas según el pronóstico del paciente.

A nuestros pares: respetando las especialidades y experiencias derivando al paciente al colega especializado en el área específica de acuerdo a la patología o lesión diagnóstica, cumpliendo con el principio de no maleficencia, justicia y beneficencia.

A los alumnos: inculcando los principios de la Bioética desde las materias básicas, específicas y la práctica con los pacientes, de tal manera puedan ejercer con sabiduría, ética, responsabilidad y sobre todo con humanidad y vocación.

Al equipo de trabajo: aplicando el principio de la autonomía, dando a cada miembro del equipo su lugar profesional, llegando al consenso como equipo con el objetivo de llegar al tratamiento adecuado de acuerdo a la etapa de la lesión o enfermedad del paciente, sin dejar de lado la contención y orientación al entorno familiar del mismo.

#### ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA CLAUDICACION INTERMITENTE

Prof. Dr. Jorge Flores – Medico

Lic Ana Maria Krawiec Krawczuc – Fisioterapeuta

Lic Cinthia Figueredo - Nutricionista

Lic Gladys Moreira - Psicóloga

Lic Camila Oviedo - Podóloga

El significado de claudicación deriva del latín “claudicare”, que significa cojera y es una molestia muscular descrita como fatiga, dolor o calambres en la extremidad inferior, más comúnmente localizada en la pantorrilla, pero pueden afectar muslos o región glútea, es producido por el ejercicio, con alivio mediante el reposo y se caracteriza por ser reproducible; la claudicación intermitente (CI ) es el síntoma clásico de la enfermedad arterial periférica (EAP) y se presenta en un tercio de estos pacientes.

Existen 4 grados de afectación:

- El grado I, donde las arterias han empezado a estrecharse pero todavía no hay síntomas. Es difícil detectar estos pacientes a tiempo, pero es sumamente importante para comenzar con las medidas preventivas y los tratamientos cuanto antes. Una medida eficaz es la revisión por un Cirujano Vascular del paciente que tenga factores de riesgo, y si es preciso, le realizará un sencillo EcoDoppler arterial.
- El grado II, donde el déficit de irrigación sanguínea determina que los músculos de los miembros inferiores manifiesten dolor durante la actividad física. Es éste apartado en concreto el que recibe el nombre de CI o Síndrome del Mirador de Vidrieras, ya que el paciente se ve obligado a detener su marcha a distancias más o menos constantes. Es un dolor característico localizado generalmente en la zona de los gemelos de la pierna, que se desarrolla habitualmente tras caminar cierta distancia, y que suele obligar al afectado a parar la marcha. El dolor aparece a distancias más cortas si el paciente sube cuevas o incluso escaleras.
- En el grado III, la falta de irrigación sanguínea es tan importante que el dolor aparece incluso en reposo, especialmente en el pie. El paciente suele buscar una posición donde los pies queden en declive o colgando, para que la gravedad permita un mayor aporte de sangre. Por este motivo el paciente suele decir que le duele más el o los miembros afectados por la noche.
- Y en el grado IV, se desarrollan lesiones y úlceras que pueden ser predecesoras de la gangrena. Al grado III y IV se les conoce como Isquemia Crítica, ya que está seriamente amenazada la viabilidad de la extremidad, y la actuación por el Cirujano Vascular debe ser diligente.

El diagnóstico de la CI comienza con una historia clínica adecuada, con detalle del inicio de los síntomas, localización, cantidad de ejercicio con el que claudica, intensidad del dolor, alivio con el reposo, etc. El examen general incluye la medición bilateral de la presión arterial, datos de EAP como cambios en el color y temperatura de la piel, atrofia muscular y pérdida de vello; además se requiere la palpación de pulsos periféricos. Realizar una medición de índice tobillo braquial (ITB), el cual se determina dividiendo la presión sistólica en el tobillo entre la presión sistólica braquial. Existen otras pruebas diagnósticas no invasivas útiles como la presión arterial segmentaria, el registro del volumen de pulso, pruebas de esfuerzo, la hiperemia reactiva y la ecografía Doppler color. Las bases fundamentales para el tratamiento de la CI incluyen la modificación de factores de riesgo, un programa de ejercicios, la terapia antiplaquetaria, analgesia para el alivio sintomático, y la revascularización endovascular o quirúrgica.

La combinación de tratamiento médico junto al ejercicio supervisado parece ser la primera línea de manejo para aquellos pacientes con claudicación intermitente en términos de máxima distancia caminada y calidad de vida. Esta combinación requiere un equipo multidisciplinario para lograr los mejores resultados.

Estudios recientes demuestran que el ejercicio programado es una excelente herramienta para el tratamiento, tanto de los síntomas como de los factores de riesgo que generan la enfermedad. Los programas de caminata han logrado éxito cuando han sido de una duración no menor de seis meses, con al menos tres sesiones semanales de más de treinta minutos. El ejercicio produce además un descenso significativo en el riesgo cardiovascular en esta población de pacientes, ya que al mismo tiempo este método es terapéutico en la hipertensión arterial, la dislipidemia, el tabaquismo, la diabetes, la obesidad, el estrés, etc. A todo paciente con CI se le debería brindar la oportunidad de mejorar su capacidad de marcha con el ejercicio aeróbico, en lugar de la revascularización como primera opción terapéutica. No hacerlo, lo privaría de la posibilidad de una mejoría significativa e incluso de la desaparición del síntoma.

Muchas personas con CI tienen niveles de colesteroles elevados. Una dieta baja en grasas saturadas y trans puede ayudar a reducir los niveles de colesterol. Llevar una dieta saludable que enfatice las verduras, las frutas y los cereales integrales. Incluir productos lácteos bajos en grasa, aves, pescado, legumbres, nueces, semillas y aceites vegetales no tropicales como el aceite de oliva. Limitar el sodio, las grasas saturadas y trans, los azúcares agregados, las bebidas endulzadas con azúcar y las carnes rojas.

Desde el punto de vista de la podología, el cuidado de los pies y el uso de calzados correctos es fundamental para preservar la salud de estos. El tratamiento oportuno de las lesiones y/o úlceras en los pies es fundamental para evitar las amputaciones.

A causa del deterioro progresivo en su capacidad para caminar, los pacientes con CI experimentan una considerable dificultad para llevar a cabo sus actividades diarias, y muchos acaban por no salir de casa. Esta falta de actividad se convierte en un círculo vicioso que acentúa aún más su intolerancia al ejercicio, llegando en casos extremos a volverse totalmente dependientes. Como parte del tratamiento multidisciplinario, es posible abordar los miedos que el paciente experimenta por medio de un abordaje psicológico, motivándolo a hacer su tratamiento de manera regular y sistemática. La vivencia de una enfermedad crónica lo afecta emocionalmente en su vida cotidiana y lo que lamenta muchas veces es la pérdida de su capacidad para realizar sus actividades diarias; así, existe un duelo por la pérdida de la salud y su autonomía, que debe ser convenientemente tratado por medio de un abordaje multidisciplinario de su contexto.

El trabajo de diversos especialistas en equipo para tratar este tipo de patologías es fundamental para el adecuado manejo de la CI, debido a que debemos considerar al paciente como un ser biopsicosocial.

### MESA REDONDA

Presidente de Mesa: Mgtr. Lic. Gloria Giménez, Especialista en Terapia Respiratoria, especialista en Kinesiología Neuropediatrica, Magister en Neurorehabilitación.

#### **Tema: Atención Multidisciplinaria en pacientes Neurológicos adultos y pediátricos.**

Integrantes de la mesa:

Dr. Luis Montaner: Medico, Neumólogo, especialista en Medicina del Sueño.

Lic. Diana Rosso: Kinesióloga y Fisioterapeuta, especialista en Kinesiología Neuropediatrica.

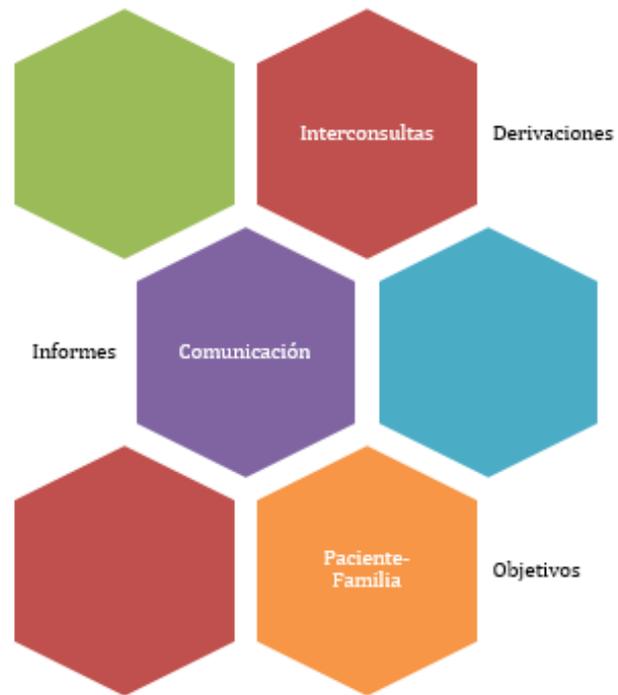
Lic. Cristhian Portillo: Kinesiólogo, Especialista en Terapia Intensiva.

#### RESUMEN:

Introducción: La interdisciplinaria es un posicionamiento. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. La actividad interdisciplinaria, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Desarrollo del tema: A continuación se responden a 3 preguntas claves relacionados con el tema principal de la mesa redonda: 1-¿Cuándo consideramos que un paciente es Neurológico crónico? Un paciente neurológico crónico se caracteriza generalmente por múltiples alteraciones, entre ella las más comunes son alteraciones en el tono muscular y la fuerza muscular, alteraciones sensitivas y sensoriales, alteraciones del equilibrio, la vigilia y el sueño, alteraciones

cardiorrespiratorias y alteraciones en el movimiento. Las disfagias, la hipoventilación y la tos no funcional con frecuencia son los causantes de las alteraciones respiratorias. 2-¿Requieren los Pacientes Neurológicos crónicos de una atención Multidisciplinaria o interdisciplinaria? La atención interdisciplinaria será la más adecuada en aplicar en los pacientes neurológicos crónicos, ya que con la misma se consigue mejores resultados por la efectividad en la comunicación, conocimiento, valoración y respeto de la función de cada profesional de la Salud.3-¿Cuáles serían las pautas propuestas para lograr una atención interdisciplinaria, según su especialidad y experiencia en el ámbito de los cuidados de la Salud? 1- Realizar interconsultas y derivaciones con profesionales competentes en el área. 2-Realizar informes detallados por escrito que contenga evaluaciones y objetivos de tratamiento, 3- Tener Metas en común entre los miembros del equipo interdisciplinario con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. 3- Considerar los aspectos biopsicosociales de cada paciente, sus opiniones y expectativas. 4- Reeducación y entrenamiento para el manejo de los pacientes, teniendo en cuenta a sus cuidadores y familiares.

**RESUMEN GRAFICO DE FACTORES IMPORTANTES PARA EL TRABAJO  
INTERDISCIPLINARIO EN PACIENTES NEUROLOGICOS CRONICOS**





VII

CONGRESO CIENTÍFICO NACIONAL

**DE ESTUDIANTES DE  
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA  
DEL PARAGUAY**