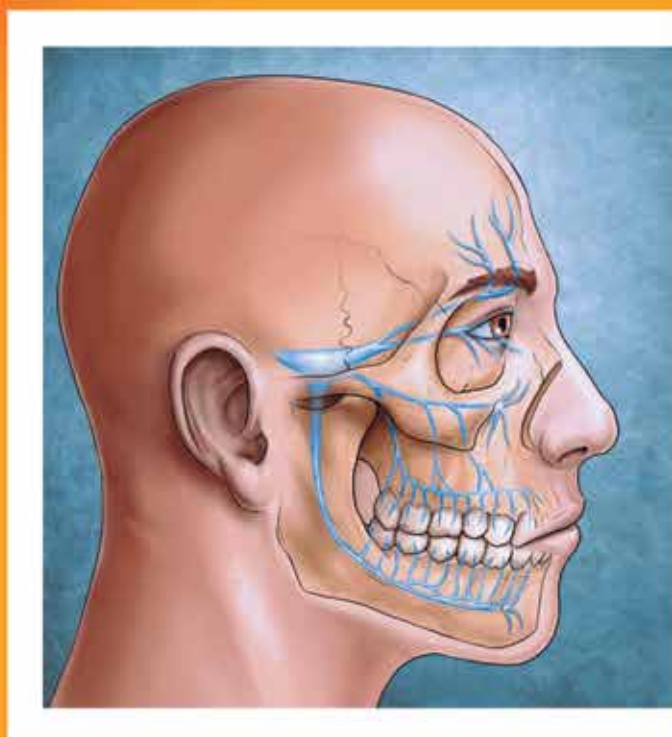


RANDALL

Instituto



NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

DOLOR NEUROPÁTICO

- 4 • Electroneuromiografía: utilidad diagnóstica
- 6 • La integración sensorial y nuestro diario vivir
- 8 • Neuralgia del trigémino - NT
- 10 • Espondilolistesis - degenerativa

- 12 • Pilates terapéutico
- 14 • Cruralgia
- 18 • Ayudando a la columna
- 20 • Atención odontológica a niños con discapacidad
- 22 • Importancia de un correcto estiramiento en patologías lumbares

- 26 • Análisis postural del pie y la pisada en pacientes deportistas con dolor lumbar
- 28 • La tregua de Ypres
- 30 • Área de pilates

PLANTEL DE PROFESIONALES

GERENTE GENERAL: DRA. MIRTHA OVIEDO DE FRETES

Área de Consultorio

- **Clinica Médica**
Dr. Alejandro González A.
Dr. Eligio Sisa
- **Traumatología**
Dr. Aldo Vega Planás
Dr. Manuel Aguilar
Dr. Luis Fernando Martínez S.
Dr. Julian Ayala Rojas
- **Fisiatría**
Dra. Carlina Campos Cervera
- **Neurocirugía**
Prof. Dr. Celso Fretes
- **Neuropsicología**
Dr. Iván Delgado
- **Nutrición**
Dra. Lizza Moreno de Silvero
- **Nutrición Deportiva**
Lic. Paola Costas
- **Psicología**
Lic. Raquel Olmedo Kandler
- **Odontología**
Dr. Diego Defazio
Dra. Kathy Arriola
Dra. Celeste Arriola
- **Fonoaudiología**
Lic. Paola Caggia
Lic. Liz Ojeda
- **Cardiología**
Dr. Rubén G. Servian Campos
- **Neurología Clínica**
Dra. Belén Nacimiento
- **Odontología Pediátrica**
Dra. Rossana Sotomayor
Dra. Valeria Alcaraz
- **Corrección Postural**
Lic. Nathalia Pérez
- **Laboratorio de análisis clínicos y bacteriológicos**
Prof. Dra. Amalia Vatteone de Scappini
Dr. Ciro Scappini Vatteone
Dra. Silvana Benítez de Scappini
- **Terapia Manual**
Lic. Julia Flecha
- **Terapia Ocupacional**
Lic. Susana Ojeda de Dugue

Área de Rehabilitación

PLANTA BAJA

Área de Hidroterapia - Hidroginasia

Prof. Rossana Acevedo
Prof. Betina González
Prof. César Sotelo
Lic. Lourdes Pozzo
Prof. Patricia Schultz
Lic. Lourdes Ortiz
Lic. Diana Franco
Lic. Alba Giménez
Lic. Sheila Fukuhara
Lic. Diego Espínola
Prof. Debora Bogado

PRIMER PISO

Área Traumatológica, de columna y miembro superior

Lic. Mariela Ocampos
Lic. Brunilde Portillo
Lic. José Martínez
Lic. Celia Figueredo
Tec. Odilia Morales
Lic. Clara Valdovinos
Lic. Maria Elena Cañiza
Lic. Pamella Vázquez
Lic. Derlis Cardozo
Lic. Elizabeth Daverio
Lic. Beatriz Capara

SEGUNDO PISO

Área Traumatológica y Medicina Deportiva

Lic. José Achinelli
Lic. Wilson Báez
Lic. Nathalia Alipio
Lic. Liliana Molas
Lic. Ariel Cespedes
Lic. Jacqueline Jara
Lic. Fernando Franco
Lic. Emilio Garcarena

Área de Pilates

Prof. Rossana Acevedo
Prof. Patricia Schultz
Prof. Reina Samaniego
Prof. Lourdes Ortiz
Lic. Alejandra Alonso

Como hace 13 años. Reunidos, pensando y trabajando juntos

Hace poco más de 13 años estaba acompañado de algunos colegas y fisioterapeutas e iniciábamos el emprendimiento de lo que era y es el Instituto Randall.

Era un sueño anhelado por varios que se hacía realidad. Porque en nuestras mentes hacía meses y años ya pensábamos en un centro así. Fue un sueño que en forma planificada se iba concretando. Nada fue apresurado, ni rápido. Todo tuvo su tiempo y proceso de tal forma a ir madurando y consolidando el proyecto.

Era un desafío muy grande sin hacer un estudio de mercado en forma previa. Porque no somos economistas, ni contadores, ni administradores. Teníamos mucha fe, en que haciendo un buen trabajo iba a tener buenos resultados. El que siembra, recoge sus frutos. Fuimos sembrando todos los días la filosofía que solo el trabajo bien realizado era el camino adecuado para alcanzar objetivos anhelados. Que debemos hacer lo mejor posible cada uno, dentro del equipo.

Era iniciar una Institución y no una empresa. Una empresa tiene por objetivo el lucro principalmente. Una Institución el servicio y la educación principalmente. Soy un convencido que la medicina no debe ser una empresa. Son incompatibles el buen servicio y la educación con el lucro. La medicina requiere tanta inversión que es imposible realizar si uno piensa en recuperar dicha inversión en un plazo determinado.

Era intentar ofrecer un servicio mejor en el área de las consultas especializadas y de la rehabilitación multidisciplinaria. Disponiendo de un centro adecuado para ello con una buena infraestructura y bien equipado. Es imposible trabajar bien sin los elementos y equipos necesarios. Es necesario además que tenga un perfil definido y nos hemos decidido al trabajo en el área musculo esquelética, que incluye Columna, articulaciones, músculos, tendones, etc.

Finalmente desde el día 1 dimos su lugar a la educación continuada con la realización de cursos y congresos. Nos visitaron colegas y profesionales de tantos países que fue un honor y un placer compartir con ellos cada visita. Hemos aprendido tanto que nos anima a seguir adelante con tanto entusiasmo como si fuera que recién hemos comenzado este caminar.

Son 13 años y estamos con las mismas ganas de seguir sirviendo, de seguir aprendiendo y de seguir mejorando en nuestro trabajo. Tenemos sueños por cumplir y eso nos compromete a mirar el futuro con optimismo y fe. Somos bendecidos por el lugar que ocupamos y el trabajo que realizamos ayudando a nuestros pacientes.

Como dice Rick Warren: Reunirse es un buen comienzo, mantenerse juntos es progresar, pensar juntos es tener unidad y trabajar juntos es triunfar.

Muchas gracias sinceramente por la confianza en nosotros, por el apoyo incondicional, por compartir nuestros sueños y permitirnos ayudarles.

*Prof. Dr. Celso Fretes Ramírez
Director Médico - Instituto Randall*





LA PRIMERA CONSULTA ODONTOLÓGICA

¿CUÁNDO Y CÓMO?



Dra. Rossana Sotomayor
Reg. Prof. N° 3018

La colaboración de los padres o responsables es fundamental durante las visitas al odontólogo/a, más aún si es “**la primera**”.

Dudas frecuentes respecto a este evento **¿Cuándo se debe llevar a los niños por primera vez al consultorio odontológico?**

Lo ideal es que las mujeres embarazadas visiten los consultorios odontológicos durante la gestación, para recibir orientación apropiada para cuidar de la sonrisa de sus hijos; esta postura es defendida por las sociedades que nuclean a los odontopediatras en el mundo.

Ahora bien, si esto no fue posible, lo ideal es hacerlo dentro del primer año de vida. Se debe tener en cuenta que las primeras piezas dentarias comienzan a aparecer en la cavidad bucal alrededor de los 6 meses de edad, momento en el que son útiles las orientaciones que el profesional puede brindar respecto a **¿Cómo manejar el dolor o las molestias que ocasionan la salida de los primeros dientes? ¿Cómo y a partir de cuándo iniciar la higiene bucal? Chupete vs. dedo, etc.**

La primera consulta “temprana” se sustenta en los grandes beneficios (pocas o ninguna lesión de caries tanto en dientes de leche como en dientes permanentes, encías saludables entre otros), observados en niños, cuyos responsables aprendieron lo necesario para mantener la salud bucal; en aquellos que a través del ejemplo y la educación, lograron incorporar en sus rutinas hábitos favorables.

En nuestro medio, “en los consultorios privados” se pueden percibir cambios positivos en relación al momento de la primera consulta, una mayor conciencia de los beneficios de prevenir; si bien no alcanzamos los ideales mencionados, hoy en día los niños son llevados a consultar con “la doctora de dientes” mayormente entre los 2 y 5 años de edad.

Otra incertidumbre, que merece ser aclarada

¿Qué pueden hacer los padres o encargados para que esta primera consulta sea positiva?

Si llevan al niño/a de bebé, es recomendable solicitar los primeros turnos; si él o ella usualmente es inquieto/a, será mejor que lo lleven dos adultos, así luego de la inspección de rutina uno puede cargarlo y distraerlo, mientras que el otro presta atención a las indicaciones del profesional.

SI YA ES UN NIÑO/A:

- 1) No aguardar a que sienta dolor para consultar por primera vez.
- 2) Si la persona que lo/la llevará ha tenido una experiencia previa poco favorable y esto le ha generado temor, deberá pensar que la experiencia puede y debe ser totalmente diferente para su hijo/a y deberá hacer un gran esfuerzo por controlar la ansiedad, mostrándose



- positivo/a respecto a lo que sucederá. Esto, aunque parezca poco, o implique un gran desafío para muchos, resulta de ¡gran ayuda!!
- 3) Días previos a la visita, pueden mostrar a los niños fotografías de como luce un consultorio, preferentemente con imágenes de personas sonrientes durante una consulta; pueden explicarles que es el lugar donde trabajan los doctores que cuidan de las sonrisas.
 - 4) Si el niño/a pregunta cuál es la razón para ir a ese "lugar nuevo" Explicar: Para que el doctor/a que cuida de las sonrisas mire sus dientes y vea si están sanos y fuertes. Incluso, según lo que pueda comprender el niño/a y haciendo uso de palabras simples, se puede explicar para que sirven los dientes y la importancia de cuidarlos. Ej. Para comer y pronunciar las palabras de forma correcta.
 - 5) Ya durante la consulta, evitar controlar la conducta del niño/a haciendo comentarios negativos respecto a lo que eventualmente podría ser necesario realizar durante el tratamiento. Ej. _Quédate quieto, o si no la doctora te va a clavar con la aguja. Sepa que la aplicación de anestesia, con los cuidados correspondientes, no constituye un procedimiento doloroso. (Existen anestésicos en gel, pomada u otras presentaciones también conocidas como "anestesia tópica" que se utilizan para que no se sienta la punción de la aguja, así también las agujas pediátricas son extremadamente finas y pequeñas).

- 6) Por último, es importante respetar los tiempos de cada niño/a, quizás si no logramos la colaboración que esperábamos en la primera consulta y le damos la oportunidad de sentirse seguros no forzando la situación, en la siguiente consulta este pequeño/a sabrá que es un lugar donde es respetado, un lugar donde quieren ayudarlo/a ¡estar bien!

¡Entre todos podemos lograr generaciones que no teman cuidar de su salud bucal!



Interfer Master *
Ondas doppler,
corrientes australianas,
rusas e interferenciales.



Miotonic *
Electroestimulación



Láser 320 MW *
Láser terapéutico
infrarrojo

más Respaldo.
Investigación y desarrollo.
Efectividad en los resultados.

más
que un equipo, un



MEDITEA

Tecnología aplicada a la
rehabilitación y la estética



Meditea Electromédica Oficial

www.meditea.com

NEURALGIA DE TRIGÉMINO

CONSIDERACIONES GENERALES

Prof. Dr. Celso Fretes Ramírez.
Médico Neurocirujano

DEFINICIÓN - CONCEPTOS GENERALES

La neuralgia del trigémino (NT) es una patología dolorosa a nivel del nervio trigémino, que afecta principalmente a pacientes mujeres mayores de 50 años. Su causa es desconocida en la mayoría de pacientes y se caracteriza por cuadros de dolor súbito, intenso y unilateral, de predominio derecho, que afecta, principalmente, la segunda y tercera rama del trigémino.

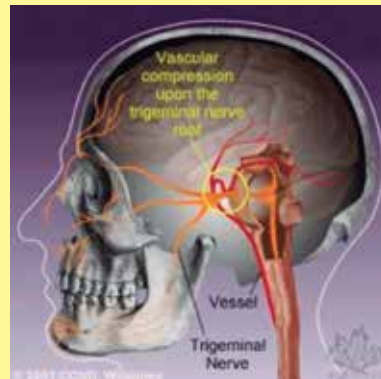
La célebre frase: “Hoy dueles, mañana serás solo un recuerdo” parecía no estar relacionada con la neuralgia del trigémino (NT) hasta la aparición de nuevas técnicas invasivas.

El nervio trigémino es el de mayor grosor entre los 12 pares craneales, también llamado quinto par (V par). Su

nombre (del latín: *trigeminus*, quiere decir “trillizos”) deriva del hecho de poseer tres grandes ramas/nervios principales: oftálmica (V1), maxilar (V2) y mandibular (V3).

La NT es uno de los dolores más intensos conocidos, caracterizado por breves y lancinantes paroxismos de dolor facial que duran unos segundos, llegando a 1-2 minutos. Son sinónimos: tic douloureux, neuralgia trifacial, neuralgia trigeminal mayor y neuralgia esencial de trigémino.

Esta enfermedad, conocida inicialmente (año 1756) como tic doloroso, fue definida por Trauseau como “neuralgia epileptiforme espasmódica”, en 1885.



Dibujos del nervio trigémino, de sus tres ramas y del ganglio del nervio, llamado ganglio de Gasser. Es el principal nervio sensitivo de la cara, la boca y la lengua.

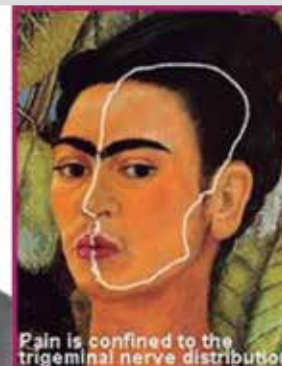
CUADRO CLÍNICO - DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de NT sigue siendo clínico, aunque se consideran necesarias pruebas complementarias, como radiografía dental por posibles problemas odontológicos y resonancia magnética cerebral para descartar otras causas del dolor (tumoral, esclerosis múltiple, etc.), sobre todo en pacientes jóvenes con síntomas atípicos y los que no respondan a la terapia médica inicial.

El diagnóstico, en muchas ocasiones, se retrasa o queda

enmascarado por dolencias faciales frecuentes, como un dolor dental o migrañas.

Tras una primera orientación diagnóstica de NT, el segundo paso ha de ser diferenciar neuralgia esencial o primaria de la neuralgia sintomática o secundaria. Las técnicas de imagen solo detectan una causa clara en el 15 % de los casos que, generalmente, corresponde a compresión vascular del nervio.



Regiones de la cara donde el paciente refiere que el dolor se localiza. Generalmente, es una zona mal delimitada. Suele existir un punto gatillo y un estímulo que desencadena la crisis.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Ante un paciente con NT la literatura médica parece estar totalmente de acuerdo en que la primera opción universalmente aceptada es la farmacológica y solo cuando los pacientes no obtienen alivio del dolor, debido a la recurrencia del mismo, o por los efectos secundarios adversos de los medicamentos, serían candidatos a técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas o cirugías mayores. Entre los fármacos, la Carbamazepina es el medicamento de elección, seguido por la Oxcarbazepina y otros anticonvulsivantes como la Lamotrigina, la Pregabalina y la Gabapentina, pero estos solo son efectivos en el 60 % de los pacientes, y a largo plazo la efectividad es aún mucho menor.

Cuando la terapia farmacológica fracasa o genera efectos adversos importantes se debe considerar tratamientos intervencionistas. Se ha observado que cuanto más temprano se realice este tipo de intervenciones, mejor es el pronóstico a largo plazo.

TÉCNICAS E INTERVENCIONISMO

Las técnicas intervencionistas se pueden realizar a nivel periférico (distal al ganglio de Gasser), directamente sobre el ganglio de Gasser o proximal al mismo, y la lesión puede ser

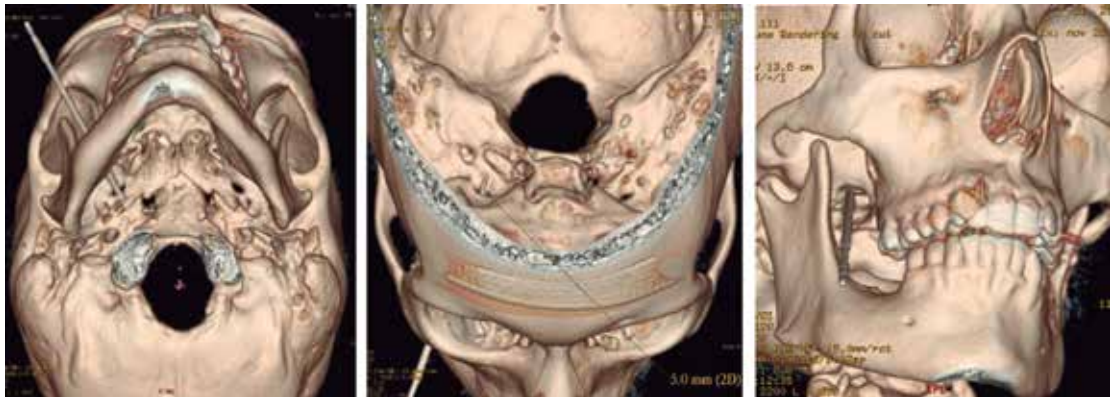
ablativa (destrucción del nervio) o no ablativa (se preserva su función).

Entre las técnicas periféricas, se incluyen la administración de lidocaína, alcohol y fenol, crioterapia, acupuntura o la sección quirúrgica sobre porciones distales del nervio. Sin embargo, la mayoría de estas terapias no han mostrado efectividad, y la recurrencia a un año es mayor del 50 %.

En el 15% de los pacientes con NT, se logra identificar un asa vascular que comprime el nervio, y, en estos casos, la opción terapéutica más efectiva es la descompresión microvascular.

Los procedimientos que se realizan sobre el ganglio de Gasser incluyen lesión química con glicerol, compresión mecánica con balón. En la compresión con balón del ganglio de Gasser, se introduce un pequeño balón de forma percutánea hasta la fosa de Meckel, produciendo compresión directa sobre el ganglio, lo que genera lesión isquémica. Se ha reportado mejoría del dolor de forma inmediata en el 80 al 90 %, con una recurrencia variable en los diferentes estudios.

La radiofrecuencia térmica (RT) del ganglio de Gasser puede ser una alternativa poco invasiva y eficaz, razón por la que en la actualidad es cada día más utilizada a nivel mundial.



Imágenes en diferentes posiciones y cortes de una tomografía computarizada con reconstrucción 3D de una paciente, durante un procedimiento de radiofrecuencia percutánea del ganglio de Gasser.

GIMNASIA EN EL AGUA!

LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES: 13:00 HS Y 19:00 HS.

MARTES Y JUEVES: 7:30 HORAS Y 10:30 HORAS.

SÁBADOS: 10:30 HORAS.



TRATAMIENTO DEL DOLOR MIOFASCIAL POR MEDIO DE LA PUNCIÓN SECA



Lic. Kigo. José Andrés Martínez P.
Reg. Prof. N° 80

Diplomado en Terapia Manual. Asociación Argentina de Terapia Física. Physio-Edu. Paraguay
Posgrado en traumatología y rehabilitación. Facultad de Ciencias médicas. UNA
Posgrado en Evaluación y Tratamiento del Dolor en Fisioterapia. UBA. Argentina
Posgrado en Rehabilitación Deportiva. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina
Método tres escuadras de reeducación de la postura. Escuela mezierista
Formación en Podoposturología. Escuela Bricot

¿QUÉ ES EL DOLOR MIOFASCIAL?

El síndrome del dolor miofascial es una forma en el que se manifiesta el dolor muscular que presenta características definidas que citamos a continuación:

- El dolor puede ser localizado, por ejemplo, en un punto doloroso en una región de la espalda; como también un dolor que se irradia (ej.: desde el hombro hasta el brazo o desde la zona lumbar hacia las piernas).
- Se acompaña de debilidad muscular.
- Existe una falta de coordinación en los movimientos.
- Aumento de fatiga.
- Retardo en la recuperación y relajación, posterior al ejercicio.

En la región del dolor puede haber:

- Incremento de la temperatura de la piel.
- Sudoración.
- Respuesta pilomotora (piel de gallina).

También puede ir acompañado de características generales:

- Lagrimeo, visión borrosa, incremento de la secreción nasal y salivación excesiva.

Uno de los componentes más importantes de este síndrome de dolor miofascial **son los puntos gatillos**.

El **punto gatillo** es una zona localizada de un músculo que a la palpación con los dedos genera un dolor irritable, que empeora con la sobrecarga o la contracción muscular y que se irradia a otra zona del cuerpo que se encuentra alejada del punto de origen del dolor.



¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE ORIGINAN ESTE SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL?

Existen distintos factores que pueden ser por:

- ♦ Tensiones musculares: producido por trastornos estructurales (ej.: escoliosis, diferencia de altura entre una pierna y la otra), malas posturas.
- ♦ Factores psicológicos: ansiedad, depresión.



- ◆ Deficiencias nutricionales: deficiencias de vitaminas, especialmente la B1, B6, B12 y Ca, hierro, potasio.
- ◆ Deficiencias metabólicas: hipoglucemia, hipotiroidismo.
- ◆ Otros factores: como el insomnio.

PUNCIÓN SECA

¿En que consiste la punción seca?

La punción seca forma parte de la fisioterapia invasiva y se realiza para el tratamiento del dolor miofascial en una primera fase y para desactivar el punto gatillo miofascial.

La correcta interpretación al término “seca” se refiere a pinzar una aguja (se utilizan las de acupuntura), sin intervención de ninguno tipo de sustancia.

Relacionando este tratamiento con la acupuntura, podemos decir que la acupuntura también es una punción seca, ya que tampoco se aplica ningún tipo de líquido o sustancia en el organismo.

Aunque presenten ambas una misma idea, sus fundamentaciones son distintas: la punción seca se basa en el análisis del dolor miofascial y la acupuntura se respalda en la medicina tradicional china.

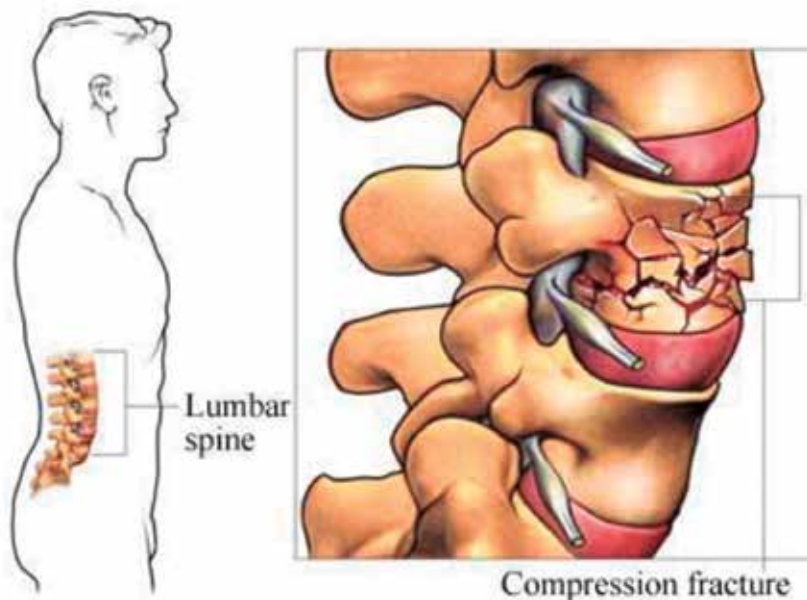
Está comprobado científicamente que la punción seca es efectiva para el tratamiento (*) de:

- Tendinitis.
- Disfunciones articulares.
- Disfunción espinal.
- Dolor cervical crónico causado por el síndrome de latigazo cervical.

- Patologías discales.
- Transtornos relacionados con la mala postura (ej.: uso de la computadora).
- Radiculopatías cervicales y lumbares.
- Síndrome de dolor regional complejo.

**APTA (American Physical Therapy Association). 2013. Description of Dry Needling in Clinical Practice: An Educational Resource Paper. Produced by the APTA Public Policy, Practice and Professional Affairs Unit. February, 2013.*





TRAUMATISMO VERTEBRAL



Lic. Brunilde Portillo
Reg. Prof. N.º 587

EN LOS CUERPOS VERTEBRALES PUEDE APARECER UNA FRACTURA POR:

- **Aplastamiento** (el cuerpo vertebral se colapsa).
- **Estallido o en “gota de lágrima”** (rotura del borde anterior o posterior de la vértebra).

En casi la mitad de los casos, la fractura vertebral afecta a una de las últimas vértebras dorsales o las primeras lumbares.

Las fracturas vertebrales suelen deberse al efecto de una fuerza muy intensa, salvo que hayan perdido densidad ósea (osteoporosis) o se hayan debilitado por alguna otra enfermedad (ejemplo: un tumor maligno con metástasis en las vértebras).

Ocasionalmente, las fracturas vertebrales pueden ser totalmente asintomáticas.

Por regla general, la zona afectada presenta dolor a la presión, a la percusión y a la compresión. Más raramente se observa un ángulo en la columna o un hueco entre dos apófisis vertebrales.

A causa del dolor, la movilidad de la columna suele estar

limitada y, además, se adoptan posturas defensivas que acaban provocando contracturas musculares. Si también afecta a la médula ósea, aparecerán las disfunciones correspondientes a la lesión o incluso claudicaciones, como parálisis, trastornos de la percepción o reflejos anormales.

Según la situación de la fractura vertebral y la magnitud de la lesión medular, en los casos más graves, pueden llegar a provocar una paraplejía completa.

PREVENCIÓN

Para que no se produzca una gran pérdida de masa ósea, las personas deben adoptar medidas preventivas, como ejercicios, alimentación balanceada, chequeos clínicos periódicos.

ATENCIÓN

Los deportes de gran impacto no son adecuados para los pacientes que ya padecen osteoporosis o para pacientes de edad avanzada con poca masa ósea.

Existe un riesgo muy alto de que un esfuerzo importante o una caída les provoque una fractura.

CAUSAS

Una fractura vertebral puede ser ocasionada por:

- * Osteoporosis: afección relacionada con el debilitamiento de los huesos.
- * Un golpe en la espalda.
- * Traumatismo.
- * Tumores.

FACTORES DE RIESGO

Además de los traumatismos, la osteoporosis es la causa principal de la mayoría de las fracturas vertebrales.

- ◆ Edad avanzada:
 - Mujeres: 60 años en adelante.
 - Hombres: 70 años en adelante.
- ◆ ACV.
- ◆ Actividad física limitada.
- ◆ Nutrición deficiente.
- ◆ Fuerza debilitada.
- ◆ Fractura vertebral previa en el último año.

SÍNTOMAS

- ◆ Dolor leve a grave en la espalda media o baja.
- ◆ Aumento de la curvatura fisiológica de la columna.
- ◆ Dependiendo de la zona afectada puede presentar

disnea, mareos, cambios posturales, parestesia, debilidad, pérdida del control de esfínteres.

DIAGNÓSTICO

Examen físico, estudio imagenológico, radiografías; densitometría ósea, resonancia magnética.

TRATAMIENTO

El tratamiento incluye, según el estado hallado:

- ◆ Tratamiento conservador.
- ◆ Tratamiento quirúrgico.
- ◆ Tratamiento conservador.
- ◆ Un período breve de descanso en cama y una disminución en su actividad normal.
- ◆ Medicamentos para controlar el dolor.

FISIOTERAPIA

- ◆ Programa de ejercicios posturales:
- ◆ Fortalecimiento de los músculos de la espalda.
- ◆ Electroterapia.
- ◆ Programas de equilibrio, coordinación.
- ◆ Indicar prevención para tomar en el lugar que desempeña su vida cotidiana.



Hueso osteoporótico



Cervicalgia



Lic. Pamela Vázquez
Reg. Prof. N.º1467

Cervicalgia significa “dolor en la zona cervical de la columna”, por lo que no es un diagnóstico o nombre de ninguna patología en concreto, sino más bien un término descriptivo para referirse a dolor de cuello.

Alrededor del 10 % de la población adulta sufre en algún momento de su vida una cervicalgia, un dolor que, habitualmente, se presenta en la cara posterior o en las laterales de cuello.

Debido a que el dolor de cuello (cervicalgia) puede producirse por diversos tipos de lesiones distintas, que producen síntomas parecidos, es preciso identificar la causa en concreto de cada paciente para poder aplicar un tratamiento adecuado para el origen del problema y no solo tratar los síntomas que produce, para evitar que la lesión se agrave.

Los síntomas más frecuentes de cervicalgia son:

- Dolor (es el síntoma más frecuente).
- Parestesias (hormigueos).
- Debilidad.
- Pérdida de movilidad.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Alteraciones del equilibrio.
- Tortícolis (dolor agudo por espasmo muscular).

CAUSAS

Una causa común del dolor cervical es la tensión o distensión muscular y, por lo general, las actividades diarias son las responsables. Tales actividades abarcan:

- Adoptar una mala postura.
- Dormir en una posición incómoda.
- Torcer y girar el cuello bruscamente mientras hace ejercicio.

FACTORES QUE INCREMENTAN EL DOLOR MUSCULAR EN LA REGIÓN CERVICAL:

➤ Mala alineación postural.



➤ Posturas viciosas mantenidas por largo tiempo

Las caídas o accidentes pueden causar lesiones cervicales graves, como fracturas de las vértebras, latigazo cervical, lesión de los vasos sanguíneos e incluso parálisis.

OTRAS CAUSAS ABARCAN:

- Afecciones médicas como fibromialgia.
- Artritis cervical o espondilosis.
- Ruptura de disco.
- Pequeñas fracturas de la columna por osteoporosis.
- Estenosis raquídea (estrechamiento del conducto raquídeo).
- Esguinces.
- Infección (osteomielitis, absceso).

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del dolor cervical es preciso realizar una historia clínica completa de la sintomatología cervical. Se debe realizar una exploración clínica que incluya valoración de la postura, movilidad cervical y zonas dolorosas, así como evaluación de la función de nervios y músculos en brazos y piernas.

Con radiografías simples se pueden ver las vértebras cervicales y realizar un diagnóstico, que a menudo permite determinar la causa de dolor cervical y prescribir un tratamiento adecuado.

Si el cuadro clínico requiere una valoración más detallada, se pueden necesitar una o varias de las siguientes exploraciones:

- **TAC (tomografía axial computarizada):** es un método imagenológico que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del cuerpo.
- **RMN (resonancia magnética):** es un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes de los tejidos nerviosos circundantes.
- **EMG (electromiografía):** estudio de la conducción nerviosa mediante varias agujas muy finas, que captan los potenciales nerviosos y los transmiten a una pantalla. No se realiza esta prueba hasta pasadas al menos tres semanas de la lesión, cuando ya se puede apreciar el deterioro de los nervios. Valora la función de nervios y músculos.

RECOMENDACIONES PARA EL DOLOR DE CUELLO

- **Utilizar la almohadilla eléctrica o parches de calor al menos tres veces al día.**



- **Reeducación postural:** evitaremos aquellas malas posturas que nos provocan lesiones y dolor.



- **Dormir:** debemos mantener una posición recta del cuello. Si dormimos boca arriba, la almohada debe de ser baja. Si dormimos de lado, sobre un hombro, debe de ser un poco más alta, lo suficiente para que el cuello permanezca en una posición horizontal.



- **Ejercicios y estiramientos:** los ejercicios y estiramientos ayudan a reducir el dolor, mediante la restauración de la función muscular, optimizando la postura y aumentan la fuerza y resistencia de los músculos del cuello.



EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL APARATO LOCOMOTOR (E.F.A.L.)



Lic. José Luis Achinelli
Reg. Prof. N.º 59

Consiste en analizar al sujeto durante la marcha, el trote y la carrera (dependiendo de su estado físico), por medio de una filmación.

Esta es incorporada a un *software*, el cual nos brinda detalles específicos de las diferentes estructuras anatómicas y su correlación funcional.

Como sabemos, todas las lesiones —traumáticas, quirúrgicas o procesos que cursen con dolor— generan alteraciones en el movimiento (movimientos antológicos o de protección) que se van grabando en el sistema nervioso central y hace que perduren en el tiempo, incluso después de haberse resuelto la patología de base.

Esta situación hace que, en los años de profesión, nos encontremos con un número importante de pacientes que, luego de una lesión, nos visite esporádicamente por reagudi-

zación de la patología o por sufrimiento de otras estructuras.

Este sistema nos permite dilucidar las mínimas disfunciones biomecánicas durante la marcha o la carrera (movimiento básico de independencia de las personas) y su posterior corrección por medio de un plan de ejercicios correctivos. Básicamente, consiste en la enseñanza, aprendizaje y automatización de los mismos.

El proceso es filmar en cinco tomas:

Atrás:

- 1) Cuerpo entero.
- 2) De la pelvis para abajo.
- 3) Los pies.
- 4) Lateral izq.
- 5) Lateral der.



El programa, especialmente diseñado para estas mediciones, traza unas líneas bien definidas por ciertas estructuras anatómicas predeterminadas. Se procesan los datos y arroja angulaciones de movimiento, las cuales determinan los déficit de los distintos grupos musculares del cuerpo.

Esto nos permite programar una serie de ejercicios correctivos específicos, según la alteración funcional que se encuentre.



Posterior al desglose de las imágenes, se arma el protocolo de ejercicios. Las actividades correctivas son enseñadas por fisioterapeutas entrenados en la técnica E.F.A.L., una vez aprendidos los movimientos, el paciente puede realizarlos en su ámbito de ejercicios habituales (gimnasio, club, campo de juego, etc.).

RANDALL

Instituto

CURSOS PLANIFICADOS PARA EL AÑO 2015

1- CURSO TEÓRICO PRÁCTICO INTERNACIONAL DE REHABILITACIÓN DE COLUMNA Y DOLOR.

Sábado 4 de julio. Local: Instituto Randall.

Invitado: Lic. Anibal Swaroski.

2- CURSO TEÓRICO PRÁCTICO INTERNACIONAL DE REHABILITACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA.

Viernes 4 y sábado 5 de setiembre 2015. Local: Instituto Randall.

Invitados internacionales

Invitados Lic. Javier Krupnic.

Lic. Luis Garcia.

Lic. Antonio Di Pietro.

3- CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CIRUGÍA DE COLUMNA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE DOLOR.

Miércoles 23 al sábado 26 de setiembre. Local: Hotel del Yacht y Golf Club.

4- CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE NEURORADIOLOGÍA CEREBRO ESPINAL.

Sábado 24 de octubre. Local: Instituto Randall.



2002 APERTURA DEL INSTITUTO
REHABILITACIÓN GENERAL DE ADULTOS Y NIÑOS

2005 AMPLIACIÓN EDILICIA
Se cambia la política del Instituto orientándose a: Rehabilitación traumatólogica - de
INICIO DEL USO DE LA OZONOTERAPIA
En lesiones de la columna vertebral y en traumatología. Aprobado y de uso amplio en

2006 **INICIO DEL USO DE LA ABLACIÓN - RADIOFRECUENCIA**
En las hernias discales. Técnica percutánea aprobada y de uso amplio en EEUU

2007 **INICIO DEL USO DE LA NEUROENDOSCOPIA**
En lesiones vertebrales, discales y medulares. Aprobado y de uso amplio

2008 **APERTURA DEL DEPARTAMENTO DE BIOMECANICA Y ESTUDIOS FISIOLÓGICOS MUSCULO-ARTICULAR**
Único en el país y 4to Centro en América del Sur en disposición
APERTURA DEL DEPARTAMENTO DE PILATES TERAPIA

2009 **APERTURA DEL DEPARTAMENTO DE BARRIDO DEL PIE, MARCHA Y POSTURA.**
Equipamiento de última generación. Único centro en el país
APERTURA DEL GIMNASIO DE MEDICINA

2010 **AMPLIACIÓN Y CULMINACIÓN DE LA OBRA**

2011 **APERTURA DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES**

2012 **10 AÑOS DE**

2013

20



RANDALL

Instituto

portiva y de columna vertebral.

n EUROPA. Pioneros en el país.

. Pioneros en el país.

plio en EEUU. Pioneros en el país.

**CA Y
RES-ESQUELÉTICOS.**
ner del equipamiento completo.
APÉUTICO

PODOMETRÍA - ESTUDIOS FISIOLÓGICOS

en el país.
DEPORTIVA

DEL LOCAL DEL INSTITUTO RANDALL

DE DOLOR DE COLUMNA, CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y ABLACIÓN.

SERVICIO A LA SOCIEDAD.

INICIO DEL USO DE LA RADIOFRECUENCIA CONTÍNUA Y PULSADA.
Equipo de última tecnología en el Tratamiento del Dolor. Pioneros en el país

**014 APERTURA DEL AREA DE ESTUDIOS DE FIOLOGIA DEL
APARATO LOCOMOTOR - EFAL.**

2015 ...





SÍNDROME DE VOLKMAN

Lic. Celia Figueredo.
Reg. Prof. N.º 796

Es una lesión que aparece como consecuencia de un traumatismo a nivel del codo o del antebrazo, el cual, a través de un trastorno vascular, provoca una lesión neurológica y miogénica en el antebrazo y la mano.

HISTORIA

Richard von Volkmann, en 1882, se adjudicó la descripción de la parálisis y retracción muscular, tras la aplicación de vendajes en las extremidades, señalando que era una isquemia del músculo más que una lesión del nervio principal, como se creía hasta entonces.

Tiende a identificarse la retracción isquémica de Volkmann con la deformidad típica del antebrazo y mano.

ETIOLOGIA

- Por disminución de la capacidad del continente (por vendajes o yesos constrictivos, suturas aponeuróticas a tensión, compresión prolongada de un miembro bajo el peso del cuerpo).
- Por aumento del volumen del contenido intracompartimental (tumefacción posisquémica, síndrome de aplastamiento, hematomas, fracturas).

FISIOPATOLOGÍA





CLÍNICA

- Dolor.
- Sensación de opresión al realizar extensión de los dedos lo que aumenta el dolor.
- Paresia y parestesia.
- Debilidad muscular.

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

1.ª fase o aguda:

dolor, edema, cianosis, palidez y ausencia del pulso radial.

2.ª fase o tardía:

procesos degenerativos musculares y nerviosos atrofia y retracciones.

Entre los dos días a dos semanas hay:

Flexión del carpo y dedos.

Extensión del metacarpo falángico.

Resistencia cada vez mayor a la extensión activa o pasiva, lo que da origen a la mano en garra.

EXAMEN FÍSICO

INSPECCIÓN:

Vascularización: color, llenado capilar, temperatura; estado de la piel, edemas (deformidades - posición de los dedos).

PALPACIÓN:

Sensibilidad.

Movilidad: lesión nerviosa, lesión tendinosa (arcos de movimiento activo y pasivo).

Valoración individual de flexores, extensores y musculatura intrínseca de la mano.

TRATAMIENTO KINÉSICO

- Masaje circulatorio del miembro afectado en declive.
- Termoterapia - movilización activa o pasiva de todas las articulaciones, colocación en posición de drenaje el miembro afecto.
- Lucha contra la retracción mediante ortesis dinámica de extensión, que permitan la movilización e impida la retracción
- En caso de retracción muy acentuada y del fracaso en el tratamiento conservador, se recurrirá al tratamiento quirúrgico.

ESTIMULACIÓN MOTRIZ Y

Los ejercicios en el agua son un método excelente en rehabilitación para individuos de todas las edades, con diversos tipos de patología o no. Las técnicas de los ejercicios acuáticos hacen uso creativo de las propiedades físicas del agua:

- ✓ Gravedad específica.
- ✓ Flotabilidad.
- ✓ Presión hidrostática.
- ✓ Viscosidad (resistencia).

Estas técnicas se aplican para aumentar la movilidad articular, flexibilidad, fuerza, resistencia aeróbica, composición corporal, tono muscular, coordinación, postura. Existen ejercicios de rehabilitación para diferentes enfermedades. Por ejemplo:

- ✓ Readaptación cardíaca.
- ✓ Alteraciones posturales y de columna.
- ✓ Osteoporosis.
- ✓ Embarazos.
- ✓ Tercera edad.
- ✓ Enfermedades reumáticas (artritis reumatoidea, artrosis, etc.).
- ✓ Fracturas.
- ✓ Lesiones deportivas de partes blandas, posquirúrgicos de rodilla, cadera, etc.

Los ejercicios en el agua son motivantes e interesantes, tienen un carácter preventivo y curativo, ya que el agua es un medio confortable y dinámico.

Una vez acostumbrado al mismo, los ejercicios proporcionan una sensación de seguridad y confort que no tienen en tierra, aliviando así la carga de peso sobre las articulaciones, lesiones por caídas, y ayuda a la circulación sanguínea.



PROPIEDADES CURATIVAS DEL AGUA

La reacción del cuerpo a los estímulos fríos o calientes del agua con diferentes temperaturas y sus propiedades mecánicas, dejando el cuerpo en suspensión con el consiguiente alivio para el dolor de las articulaciones y relajación de los músculos.

Solo la sensación de estar sumergido en el agua parece ser de por sí algo curativo para la mente y para el cuerpo, ideal para reducir el estrés.

Se mejora la circulación, se estimula el flujo de sangre y se disminuye la sensibilidad del cuerpo al dolor. Las personas con movilidad reducida se ven muy favorecidas gracias a los beneficios de la hidroterapia.



FUNCIONAL ACUÁTICA



Lic. Diego Espínola.
Reg. Prof. N.º 1478

En general, según el grado de calor que posee el agua, podemos decir que produce las siguientes reacciones:

✓ **El agua fría**

Produce, en primer momento, una sensación de frío por vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos. Este tipo de agua se utiliza para incrementar las funciones metabólicas en caso de que el organismo reaccione posteriormente al calor, aumentando la temperatura corporal. Se utiliza para reducir inflamaciones agudas, resultantes de traumatismos. En general, el agua fría tiene un efecto vigorizante.

✓ **El agua caliente**

Aumenta el calor corporal, enrojece la piel al producir vaso dilatación periférica. Se utiliza para disminuir el dolor, relajar el organismo, disminuir el estrés y aumentar las defensas.

✓ **El uso alterno de agua fría y caliente**

Se utiliza para mejorar la circulación de la sangre, afianzar los tejidos y aliviar las congestiones. Es una buena manera de activar los sistemas defensivos del organismo y entrenar los vasos sanguíneos, que se refuerzan como resultado del ejercicio resultante de la dilatación de sus paredes musculares seguida de una contracción de las mismas.



LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD ACUÁTICA

Dentro de las actividades que se pueda realizar en el agua, hay que tener en cuenta que es sumamente importante, principalmente para la prevención de los diversos tipos de lesiones ya mencionados.

Además, la hidroterapia es utilizada tanto a nivel curativo como preventivo desde comienzos de la humanidad.

Es una técnica muy simple y, a la vez, eficaz que permite actuar frente a muchas enfermedades desde la propia casa.

RANDALL

Instituto

12 años
al servicio de los pacientes
liderando
la rehabilitación especializada

**Consultorios
médicos**



**Rehabilitación
traumatológica
y deportiva**



**Cirugía y
rehabilitación
de columna**



**Pilates
terapéutico**



**Estudios de
Biomecánica y
Plantigrafía**



**Hidroterapia e
hidrogimnasia**



Dirección:
Av. España 649 y Rosa Peña

Teléfonos:
Área de Rehabilitación: 204 895 R.A.
Área de Consultorio: 221 703 R.A.

E-mail:
instituto@randall.com.py

CENTRO DE DOLOR DE COLUMNA, CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y RADIOFRECUENCIA

PARA PROCEDIMIENTOS DE MÍNIMA INVASIÓN

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

- ✦ Bloqueos de facetas y de nervios con corticoides y ozono medicinal
- ✦ Deneración de facetas con radiofrecuencia
- ✦ Nucleoplastia ablacion intradiscal con radiofrecuencia
- ✦ Rizotomias con radiofrecuencia para dolor crónico
- ✦ Discectomías percutáneas endoscópicas
- ✦ Microcirugías endoscópicas
- ✦ Biopsias percutáneas de vértebras y de discos
- ✦ Descompresivas por via percutánea
- ✦ Vertebroplastias. Cifoplastias
- ✦ Espaciadores dinámicos interlaminares
- ✦ Deneración de facetas articulares
- ✦ Radiofrecuencia del ganglio de raíz dorsal

PROCEDIMIENTOS GUIADOS POR RADIOLOGÍA COMPUTARIZADA

ÚNICO CENTRO CON LOS SIGUIENTES EQUIPAMIENTOS DISPONIBLES, DE ÚLTIMA GENERACIÓN

EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA BAYLIS MEDICAL. USA



TORRE DE ENDOSCOPIA STRIKER. USA



EQUIPO DE ABLACIÓN INTRADISCAL. ARTHROCARE. USA



EQUIPO DE OZONO. OZONLINE. ITALIA



EQUIPO DE RADIOLOGÍA COMPUTARIZADA. GENERAL ELECTRIC. USA



EQUIPO DE MICROCIRUGÍA Y DE MICROMOTOR AESCULAP. ALEMANIA



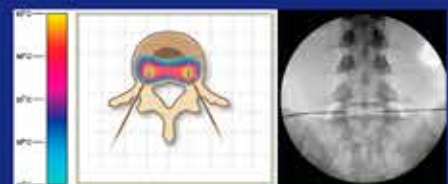
SISTEMA DE ENDOSCOPIA ESPINAL EASY GO. KARL-STORZ



EQUIPO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. RICHARD WOLF. USA



EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA BAYLIS, BIACUPLASTIA Y RADIOFRECUENCIA ENFRIADA. USA



INSTITUTO RANDALL

PILATES



Prof. Patricia Schultz

Y DOLOR DE ESPALDA

¿POR QUÉ EL PILATES AYUDA A LAS PERSONAS QUE LO SUFREN?

Los ejercicios de Pilates son hoy comunes en los centros de terapia física. Los traumatólogos, kinesiólogos y fisioterapeutas recomiendan hacer Pilates.

“Mi espalda solía dolerme todo el tiempo y ahora ya no me siento así”, es una frase que escuchamos constantemente de mucha gente que hace Pilates. Entonces, ¿qué es lo que tiene el Pilates que funciona tan bien para el alivio del dolor de espalda?

Lo que hace al Pilates tan eficaz es que aborda los desequilibrios estructurales que subyacen en el cuerpo, que conducen al dolor de espalda.

Cuestiones como la falta de soporte central, la inestabilidad pélvica, los desequilibrios musculares, la mala postura y la falta de conocimiento del cuerpo afectan la salud de la espalda.

Al mismo tiempo, son temas en los que el Pilates se especializa para ayudar a las personas a mejorar.

EL PILATES AYUDA A CORREGIR LA POSTURA

En Pilates, prestamos mucha atención a cómo las partes de nuestro cuerpo se alinean relacionándose entre sí, lo que llamamos alineación.

Solemos pensar en nuestra alineación como nuestra postura, pero una buena postura es un proceso dinámico y depende de la capacidad del cuerpo para alinear sus partes, respondiendo eficazmente a una demanda variable.

Cuando la alineación está desactivada, las tensiones desiguales en el esqueleto (especialmente en la columna vertebral) son el resultado.

Los ejercicios de Pilates, hechos con especial atención en la alineación, crean un desarrollo y uso uniforme de los músculos, permitiendo que el movimiento fluya a través del cuerpo de manera natural.

EL PILATES DESARROLLA FUERZA EN EL CENTRO

Una buena postura que va más allá de la “aparición” de estar alineado, requiere fuerza en el centro (o núcleo). Tener fuerza en el centro significa que todos los músculos del tronco de su cuerpo son fuertes, flexibles, y trabajan juntos para

apoyar y estabilizar la columna vertebral.

La fuerza en el centro es más profunda que los músculos de gran superficie que estamos acostumbrados, a pensar como los del tronco del cuerpo, como el recto del abdomen (la infame “tabla de lavar” abdominal) o los grandes músculos de la espalda, popularmente llamados “dorsales”.

Los músculos del centro son los músculos que están por debajo de la musculatura superficial. Así que mientras muchas formas de ejercicio se enfocan en el fortalecimiento de los músculos de gran superficie, el Pilates entrena al cuerpo para que todos los músculos del centro trabajen en conjunto, para apoyar y estabilizar la espalda.

Parte del desarrollo eficaz de la fuerza del centro es entrenar el cuerpo para saber cuándo liberar, así como activar sus músculos del centro.

Así, mientras la “fuerza del centro” es el término que alberga todos los demás, podríamos decir que la coherencia central que enseña Pilates es esencial para la salud de la espalda.

Algunos de estos músculos del centro menos evidentes, pero muy importantes, son los músculos del suelo pélvico: el psoas, que desempeña un papel enorme en mantenernos en posición vertical y permitirnos flexionar la cadera; los transversospinalis, que son pequeños músculos que se tejen a lo largo de la columna vertebral, y los músculos abdominales transversales y oblicuos.

El diafragma, nuestro principal músculo de la respiración, está justo en el centro del núcleo. Todos estos músculos juegan un papel crucial en el apoyo y la estabilidad de la columna vertebral.

“La única pista real sobre su verdadera edad no se encuentra en los años o cómo CREE usted que se siente, sino en la forma en que REALMENTE está, y esto está infaliblemente indicado por la flexibilidad natural y normal que disfruta su columna vertebral”. Joseph Pilates

EL PILATES PROMUEVE LA FLEXIBILIDAD

Una columna vertebral sana puede curvarse hacia adelante y hacia atrás, girar y moverse de lado a lado y hacerlo de una manera que revela todas las articulaciones sutiles que nuestras vértebras nos permiten tener.

A medida que la fuerza en el centro se desarrolla, la

musculatura de la espalda aprende a trabajar en armonía con los músculos abdominales, permitiendo un correcto apoyo para la protección de la columna vertebral y aumentando así el alcance potencial del movimiento de la columna vertebral.

Los ejercicios de Pilates son fáciles de modificar para que podamos desarrollar la flexibilidad espinal a nuestro propio ritmo. Esta es una de las cosas acerca del Pilates que hace que sea fácil de trabajar para las personas con dolor de espalda.

El Pilates aumenta la conciencia del cuerpo

Si la causa del dolor es una herida o, como suele ser el caso, la culminación de los efectos de una mala postura y hábitos ineficientes de movimiento, el dolor de espalda es un mensajero que nos deja saber que tenemos que prestar más atención a cómo vivimos en nuestros cuerpos.

El Pilates es un ejercicio de plena atención. Usted no puede hacer Pilates sin llegar a ser en extremo consciente de su alineación y de la energía que le suministra al movimiento.

Este tipo de práctica, de la conciencia corporal, es extremadamente poderosa para las personas con dolor de espalda, ya que no solo mejora el funcionamiento físico, sino que, a medida que aumenta la conciencia, nos movemos más allá de los patrones físicos y mentales que el dolor de espalda puede crear.

Así, damos más lugar en todo nuestro a un cambio positivo.

Beneficios del Pilates para la espalda

El método Pilates es, fundamentalmente, un sistema de reeducación postural, que se basa en ejercicios de propiocepción, fuerza y flexibilidad con la toma de conciencia de la mejor postura para cada acción determinada. Por eso, los beneficios de la práctica de Pilates para la espalda te pueden ayudar a cuidar la tuya.

A diferencia de otros métodos de gimnasia y actividad física, Pilates es una síntesis de varias disciplinas como yoga, tai chi, chi kung, eutonía, danza y expresión corporal.

Por tanto, tiene un cuidado especial sobre la relación que existe entre columna vertebral y los miembros superiores e inferiores.

El control de la pelvis y toda su musculatura periférica es parte de las ejercitaciones de Pilates, especialmente en las primeras clases. Luego, ese control se hace automático, por tanto, puedes acceder a niveles de movimiento superiores.

Los ejercicios básicos se hacen siempre en colchonetas de espaldas o boca abajo. La



finalidad es comenzar a trabajar la musculatura profunda de la espalda y pelvis. Esto se logra en base al control del movimiento y el adecuado ritmo respiratorio.

Los músculos de piernas y brazos están conectados en forma solidaria con los de la espalda, por tanto, el movimiento que se realiza con los diferentes miembros se hacen siempre en función de la postura de la columna vertebral.

Pilates es, por tanto, un método de reeducación postural basado en la posición de la espalda con respecto al espacio y también en el control de las curvaturas fisiológicas normales que se pueden encontrar a lo largo de toda la columna.

El músculo necesita mantener la capacidad de estiramiento y de contracción, siendo esta última la más importante, por tanto, los ejercicios de flexibilidad estarán presentes en cualquier clase del método Pilates.

ALGUNOS EJERCICIOS Y CONSEJOS PARA PREVENIR Y MEJORAR PROBLEMAS DE ESPALDA.

1 Fortalecimiento de musculatura abdominal

Tumbado boca arriba flexionando las piernas, lleve los brazos a la nuca y eleve ligeramente la cabeza y los hombros del suelo, hasta notar la contracción del vientre.



2 Fortalecimiento de musculatura glútea

Tumbado boca arriba flexionando las piernas, elevar ligeramente las caderas del suelo hasta notar la contracción de los glúteos.



3 Fortalecimiento de musculatura extensora de columna

Tumbado boca abajo, elevar ligeramente el tronco del suelo.



4 Estiramiento lumbar

Tumbado en el suelo con las piernas extendidas, asir la rodilla derecha hasta llevarla al pecho. Mantener el estiramiento. Repetir con la pierna izquierda.



A continuación lleve las dos piernas al pecho, notando el estiramiento en la zona lumbar.



CONSEJOS PARA UNA BUENA POSTURA

— Cuando esté sentado, mantenga la espalda erguida.



— Cuando esté de pie, alterne las piernas sobre un escalón.



MANEJO DE CARGAS

— Evite flexionar la columna.



— Mantenga la espalda erguida, doblando las rodillas.

— Acerque el peso al cuerpo.

— Empuje el carrito en lugar de arrastrarlo.





LESIONES AGUDAS DE LA RODILLA



Enrique Fretes.
Reg. Prof. N.º 469

FRECUENCIA

Representan casi el 5% de las lesiones agudas que se tratan en los consultorios médicos.

El 10% de estas lesiones agudas de la rodilla representan una lesión grave de los tejidos blandos, como un desgarro del menisco o los ligamentos cruzados anteriores.

La mitad de las lesiones de los meniscos y los ligamentos de la rodilla se relacionan con el deporte.

Las lesiones agudas de la rodilla pueden ser muy graves.

Estos traumatismos, relacionados con el deporte, se asocian con las indemnizaciones más costosas en los países escandinavos.

La incidencia de las lesiones de los ligamentos cruzados en las jugadoras de balonmano que viven en noruega oscila entre 4 y 8%.

Esto implica que todos los equipos pierden entre uno y dos jugadores por año debido a este tipo de lesión.

DIAGNÓSTICO

Las lesiones de la rodilla que produce hemartrosis deben ser evaluadas por un cirujano ortopedista y suelen ser tratados en forma quirúrgica.

Las lesiones sin hemartrosis no suelen requerir cirugía inmediata, pueden evaluarse y tratarse en el nivel de atención primaria.

El sangrado intrarticular suele producirse dentro de las 12 horas de la lesión, de manera que si el paciente presenta edema en la rodilla luego de un accidente ocurrido menos de 12 horas antes, se puede suponer que la articulación tiene un derrame hemático.

La lesión periférica del menisco en asa de cubo puede repararse si el diagnóstico se realiza dentro de las primeras dos semanas de evolución.

La lesión osteocondral también puede repararse en la fase aguda.

La lesión grave de la cara externa de la rodilla es mucho más fácil de reparar durante las primeras dos semanas que más adelante.



Anamnesis

La obtención de una anamnesis meticulosa es muy importante y debe abarcar datos procedentes de entrenadores y compañeros de equipo con fines comparativos.

La lesión de LCA asociada con baloncesto y balonmano se produce en forma típica cuando el deportista hace un regate o cae con la rodilla casi extendida y en valgo leve después de un salto.

Esta lesión mecánica suele asociarse con una lesión parcial concomitante en el menisco lateral, además de con un hematoma subcondral en la rodilla a la altura del cóndilo femoral lateral y la meseta tibial.

La lesión de los meniscos se produce en más del 70 % de los traumatismos de los LCA.

El traumatismo por hiperextensión no es infrecuente en el fútbol.

El ligamento cruzado anterior es vulnerable al desgarro cuando un contrincante cae sobre la rodilla del deportista lo que produce la extensión de la rodilla hacia atrás.

El traumatismo de la cara externa de la rodilla suele asociarse con la alteración de las estructuras internas y además con la lesión del ligamento cruzado anterior.

Los esquiadores aficionados suelen lesionarse cuando la punta del esquí queda atascada en la nieve, lo que produce un traumatismo de la rodilla en rotación externa y en posición de valgo.

Ello provoca, principalmente, desgarro del ligamento colateral medial, seguido por el menisco interno y, a veces, el ligamento cruzado anterior.

Las lesiones de los ligamentos cruzados posteriores suelen producirse como consecuencia de un golpe directo sobre la tibia desde la cara anterior.

La mitad de estas lesiones se debe a accidentes automovilísticos (ejemplo: cuando la rodilla golpea contra el tablero de instrumentos) y la otra mitad se asocia con deportes, como cuando el jugador de balonmano cae al suelo. La mitad de las lesiones de LCP son solitarias.

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento agudo de las lesiones de grado I consiste en el principio Price. Muchos pacientes se benefician con ortesis especiales que contienen hielo y comprimen la articulación.

Los antiinflamatorios no esteroideos reducen el dolor y el edema, y son útiles durante tres a cinco días.

Comienza el proceso de rehabilitación activa, que pone en énfasis en la recuperación de la fuerza, la amplitud de movimiento y la función neuromuscular.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

- Tratamiento analgésico-antiinflamatorio.
- Recuperar la movilidad de las articulaciones.
- Aumentar el tono y fuerza muscular. Consiste en el entrenamiento de la fuerza general y neuromuscular luego del tratamiento médico.

El médico debe recordar en particular que puede producirse atrofia muscular significativa en los pacientes con dolor crónico en la rodilla que no consultaron de inmediato.

- Recuperar la marcha normal.
- Reeducar la función neuromuscular propioceptiva.
- Vuelta a su actividad deportiva y/o sociolaboral.



PEDRO

Y EL HILO MÁGICO



Pedro era un niño muy vivaracho. Todos le querían: su familia, sus amigos y sus maestros. Pero, tenía una debilidad. - ¿Cuál?

Era incapaz de vivir el momento. No había aprendido a disfrutar el proceso de la vida. Cuando estaba en el colegio, soñaba con estar jugando fuera. Cuando estaba jugando, soñaba con las vacaciones de verano. Pedro estaba todo el día soñando, sin tomarse el tiempo de saborear los momentos especiales de su vida cotidiana.

Una mañana, Pedro estaba caminando por un bosque cercano a su casa. Al rato, decidió sentarse a descansar en un trecho de hierba y al final se quedó dormido. Tras unos minutos de sueño profundo, oyó a alguien gritar su nombre con voz aguda. Al abrir los ojos, se sorprendió de ver una mujer de pie a su lado. Debía de tener unos cien años y sus cabellos blancos como la nieve caían sobre su espalda como una apelmazada manta de lana. En la arrugada mano de la mujer había una pequeña pelota mágica con un agujero en su centro, y del agujero colgaba un largo hilo de oro.

La anciana le dijo: “Pedro, este es el hilo de tu vida. Si tiras un poco de él, una hora pasará en cuestión de segundos. Y si tiras con todas tus fuerzas, pasarán meses o incluso años en cuestión de días” Pedro estaba muy excitado por este descubrimiento. “¿Podría quedarme la pelota?”, preguntó. La anciana se la entregó.

Al día siguiente, en clase, Pedro se sentía inquieto y aburrido. De pronto recordó su nuevo juguete. Al tirar un poco del hilo dorado, se encontró en su casa jugando en el jardín. Consciente del poder del hilo mágico, se cansó enseguida de ser un colegial y quiso ser adolescente, pensando en la excitación que esa fase de su vida podía traer consigo. Así que tiró una vez más del hilo dorado.

De pronto, ya era un adolescente y tenía una bonita amiga llamada Elisa. Pero Pedro no estaba contento. No había aprendido a disfrutar el presente y a explorar las maravillas de cada etapa de su vida. Así que sacó la pelota y volvió a tirar del hilo, y muchos años pasaron en un solo instante. Ahora se vio transformado en un hombre adulto. Elisa era su esposa y Pedro estaba rodeado de hijos.

Pero, Pedro, reparó en otra cosa. Su pelo, antes negro como el carbón, había empezado a encanecer. Y su madre, a la que tanto quería, se había vuelto vieja y frágil. Pero él seguía sin poder vivir el momento. De modo que, una vez más, tiró del hilo mágico y esperó a que se produjeran cambios.

Pedro comprobó que ahora tenía 90 años. Su mata de pelo negro se había vuelto blanca y su bella esposa, vieja tam-

bién, había muerto unos años atrás. Sus hijos se habían hecho mayores y habían iniciado sus propias vidas lejos de casa. Por primera vez en su vida, Pedro comprendió que no había sabido disfrutar de las maravillas de la vida. Había pasado por la vida a toda prisa, sin pararse a ver todo lo bueno que había en el camino.

Pedro se puso muy triste y decidió ir al bosque donde solía pasear de muchacho para aclarar sus ideas y templar su espíritu. Al adentrarse en el bosque, advirtió que los arbolitos de su niñez se habían convertido en robles imponentes. El bosque mismo era ahora un paraíso natural. Se tumbó en un trecho de hierba y se durmió profundamente.

Al cabo de un minuto, oyó una voz que le llamaba. Alzó los ojos y vio que se trataba nada menos que de la anciana que muchos años atrás le había regalado el hilo mágico. “¿Has disfrutado de mi regalo?”, preguntó ella. Pedro no vaciló al responder: “Al principio fue divertido, pero ahora odio esa pelota. La vida me ha pasado sin que me enterase, sin poder disfrutarla. Claro que habría habido momento triste y momentos estupendos, pero no he tenido oportunidad de experimentar ninguno de los dos. Me siento vacío por dentro. Me he perdido el don de la vida.

“Eres un desagradecido, pero igualmente te concederé un último deseo”, dijo la anciana. Pedro pensó unos instantes y luego respondió: “Quisiera volver a ser un niño y vivir otra vez la vida”. Dicho esto, se quedó otra vez dormido. Pedro volvió a oír una voz que le llamaba y abrió los ojos. ¿Quién podrá ser ahora?, se preguntó. Cual no sería su sorpresa cuando vio a su madre de pie a su lado. Tenía un aspecto juvenil, saludable y radiante. Pedro comprendió que la extraña mujer del bosque le había concedido el deseo de volver a su niñez.

Ni decir que Pedro saltó de la cama al momento y empezó a vivir la vida tal como había esperado. Conoció muchos momentos buenos, muchas alegrías y triunfos, pero todo empezó cuando tomó la decisión de **no sacrificar el presente por el futuro y empezar a vivir en el ahora.**

Reflexión: *Muchas veces descuidamos el presente por focalizarnos en los anhelos futuros. En el mundo real, por desgracia, nunca tenemos una segunda oportunidad de vivir la vida, no podemos volver a atrás como en el cuento. Es importante llenar nuestro presente de momentos de calidad para poder construir nuestro futuro, no dejemos pasar la vida soñándola y sin vivirla.*

Fragmento tomado de *El monje que vendió su Ferrari* de Robin S. Sharma.

Instituto Randall

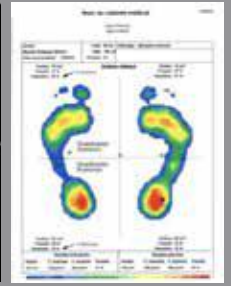
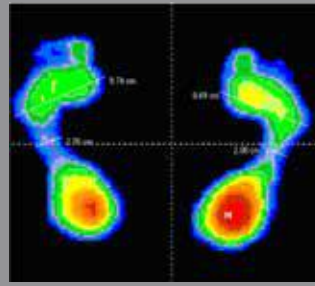
BAROPODOMETRÍA

1. Evaluación de la biomecánica del pie, postura y marcha

Es el primer centro de nuestro país en disponer de un plantel profesional capacitado y un equipamiento moderno para el Diagnóstico Biomecánico de las lesiones de los pies y de la marcha.

Es un estudio computarizado utilizado en personas sanas, deportistas y en diferentes patologías como ser lesiones congénitas, diabetes, fracturas, lesiones de ligamentos, prótesis de rodilla, prótesis de cadera, en afecciones de columna y neurológicas.

La marcha humana es la consecuencia de importantes cambios morfológicos en permanente evolución.



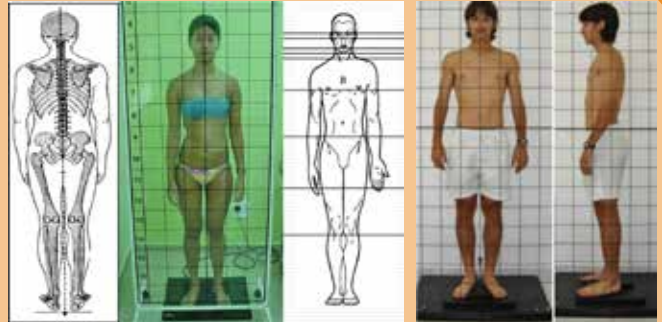
Paciente siendo evaluada y registro detallado obtenido en la computadora

Consta de una fase de apoyo y una fase aérea, la fase de apoyo incluye el choque de talón, el apoyo medio y el despegue, durante la marcha siempre hay un pie en contacto con el suelo mientras en carrera se va reduciendo el tiempo de apoyo a medida que aumenta la velocidad llegando a estar los dos pies en fase aérea.

2. Evaluación postural global

Análisis del paciente parado y deambulando de los diferentes segmentos corporales y de la postura global. Se observa la cabeza, la columna cervical, la cintura escapular, el tronco, la cintura pelviana y los cuatro miembros.

De utilidad en las patologías reumatológicas, traumatólogicas, neurológicas, de la columna vertebral, en deportistas, trastornos vestibulares otorrinolaringológicos y visuales, en trastornos de la articulación temporomaxilar. En el pre y post operatorios de las prótesis de caderas, rodillas y tobillos.



Evaluación postural frontal y sagital, según planos vertical y horizontal.

3. Confección de plantillas

Previa evaluación postural global.

Previo estudio de Plantigrafía o Baropodometría computarizada.

Realización por profesionales especializados en Diagnóstico y Rehabilitación.

Plantillas de nueva generación o termomoldeadas

Tipos de plantillas

- Para trastornos Biomecánicos. Ej: Trastornos del pies y miembros inferiores
- Para trastornos Propioceptivos. Ej: Diabetes, Vaculopatías
- Para trastornos Posturales. Ej: Escoliosis. Asimetrías de miembros inferiores
- Para deportistas. Sobre todo los expuestos a impactos repetidos.
- Para confort/comodidad en la vida diaria
- Plantillas realizadas con elementos como se observa



Elemento antirotación externa

Cuña anticalca-neo varo

Elemento para pie cabo



Variedades de plantillas indicadas según el tipo de pie, marchas, actividades o patologías del paciente. Siempre se indica realizar previamente el estudio de Plantigrafía computarizada para evaluar la necesidad o indicación de la plantilla.

ÁREA DE PILATES

- INSTITUTO RANDALL -



Es un sistema de entrenamiento Físico y Mental creado por alemán Joseph Pilates, quien lo ideó basándose en la gimnasia, traumatología, anatomía, ballet y yoga, uniendo el dinamismo y la fuerza muscular, con el control mental, la respiración y la relajación.

Su objetivo principal es desarrollar la fuerza, flexibilidad y equilibrio muscular, tomando en cuenta las “lesiones o limitaciones” que pudiera tener cada individuo.

En el Instituto Randall se trabaja principalmente el Pilates terapéutico y lo indicamos para prevenir y tratar patologías músculo esqueléticas, lesiones deportivas, problemas posturales, trastornos reumatológicos y lesiones de la columna vertebral, sobre todo una vez superada la etapa aguda de la enfermedad.



LA SALA DE PILATES ESTÁ EQUIPADA CON:

- Camas en Reformer
- Unidades de Pared
- Corrector espinal
- Wunda Chair

PRINCIPIOS QUE RIGEN A ESTE MÉTODO:

- Centralización
- Control
- Concentración
- Respiración
- Precisión
- Fluidez en los Movimientos





Exclusivo con las Tarjetas de Crédito del Banco Continental

En salud te damos beneficios

30% descuento



Martes

30% descuento



Miércoles

los demás días,
20% de descuento

Hasta **30%** descuento



Viernes

en productos
seleccionados

10% descuento



Todos los días

Idoneidad profesional y tecnología vanguardista

2 años y 400* estudios de PET SCAN en Paraguay

Ratifican el alto nivel de especialización de nuestros profesionales y el más completo equipamiento de última generación, en Imágenes y Radioterapia.

Al cumplirse otro aniversario de la instalación del primer y único equipo de **PET SCAN** en el país, en **CODAS THOMPSON** seguimos adelante en servicios, priorizando lo que nos caracteriza; idoneidad profesional y tecnología vanguardista.



*400 pacientes que no tuvieron que viajar al extranjero, para realizarse estudios de PET SCAN

Seguinos en   [ta...](#) [l...](#)

INSTITUTO **CODAS
THOMPSON**
FUNDACIÓN QUIRNO CODAS THOMPSON

