

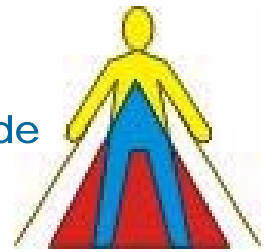


ASOCIACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA  
DE REHABILITACIÓN (AMLAR)

# BOLETIN AMLAR 2005

## Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación

### Mayo 2005



SOCIEDAD VENEZOLANA DE  
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION

Una nutrida representación latinoamericana estuvo presente en el 3rd WORLD CONGRESS OFF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF PHISICAL AND REHABILITATION MEDICINE 2005 , ISPRM celebrado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, donde se reafirmó nuestra integración en las altas esferas internacionales de la rehabilitación , todos pudimos compartir experiencias profesionales y científicas .e intercambiar opiniones del acontecer diario de la rehabilitación en el mundo , la participación de los fisiatras latinoamericanos en las diferentes conferencias y simposios fue muy nutrida dejando siempre muy en alto nuestros avances y el desarrollo tecnológico de nuestra especialidad en los diferentes continentes .

Felicitaciones al comité organizador y en especial a la doctora Linamara Rizzo de Batistella por la realización de este congreso y por la cálida atención para nuestros fisiatras latinoamericanos.

Durante el marco de este evento los colegas mexicanos presentaron el Programa Preliminar del XXII congreso , AMLAR a celebrarse en la Ciudad de Veracruz México desde el 12 al 24 de Noviembre 2006 esperamos contar con la participación masiva de todos ustedes y poder intercambiar experiencias en nuestras respectivas áreas de la rehabilitación.

Igualmente los Colegas de Uruguay presentaron el I Avance del XXIII Congreso AMLAR 2008 lo cual demuestra la capacidad organizativa y gran estímulo para la realización de estos eventos.

Dra. Joyce Bolaños de Rodríguez.

#### **Integración Latinoamericana**

**Dr. Jorge Dao, Presidente de AMLAR Periodo 1975-1977, acto de inauguración del XXV Congreso de la AMLAR.**

**Caracas, Noviembre 2004**

En el año 1975, sexto Congreso de la AMLAR, se propuso la creación de la Secretaria General como medio de mantener permanente activa a AMLAR en el periodo Inter.-congreso.

El Dr. Juan Quintal de México fungió como Secretario General hasta el año 1981, cuando recae en mi persona la responsabilidad de la secretaria General, cargo que ejercí durante cuatro años. Durante este periodo produjimos boletines informativos bimensuales relativos a los más importantes eventos y congresos que se distribuyeron por toda Latinoamérica y otros países. En 1985 la Secretaria paso al digno representante de Puerto Rico.

Aprovecho esta ocasión para manifestar mis sentimientos de respeto y admiración por todos aquellos compañeros que uniendo esfuerzo fundaron hace 41 años esta Asociación. Veo con orgullo los esfuerzos de cada país en mantener la AMLAR, acorde con los progresos cambiantes y acelerados de la ciencia médica. Es por esta razón que los miembros de la AMLAR deben comprender la responsabilidad y el compromiso con las generaciones venideras, evitando que las personas que viven con una discapacidad se conviertan en cargas para el Estado y la familia.

En cada Congreso se ha discutido la problemática de las personas con discapacidad y en cada uno de ellos se han propuestos sugerencias, recomendaciones, soluciones para mejorar su condición porque sabemos que el desarrollo de los pueblos no puede lograrse sin la defensa y el respeto por los recursos humanos, de otra forma caeremos en el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad.

Delegados latinoamericanos el último encuentro en Caracas marca una vez más una etapa de ideales y esperanzas que juntos compartiremos y tenemos la firme convicción que cada vez

estaremos más unidos y fortalecidos.

Y como dijo el poeta AMLAR no ha tenido caminos, ha hecho caminos al andar a lo largo de todos los países latinoamericanos, donde se han sembrado la semilla de la esperanza y de los ideales para el logro del bienestar de las personas con discapacidad en Latinoamérica.

#### **In Memoriam**

**Dr Eulogio Montoya Guibert**  
**22/12/1940 – 28/11/2004**

No es fácil decir adiós a los amigos y colegas. Todos los miembros de AMLAR debemos sentirnos orgullosos de la labor cumplida por el Dr. Eulogio Montoya y en honor a su labor y trayectoria, la Junta Directiva 2004-2006 ha querido hacerle un pequeño homenaje a través de estas palabras, que sabemos cortas frente a la figura del Dr. Montoya.

Nace en Guantánamo un 22 de diciembre de 1940 y se gradúa de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación en la Universidad de La Habana en el año de 1980. Organizo y desarrolló la docencia de postgrado de la especialidad.

En el área científico técnico realizó investigaciones sobre la aplicación de los peloides y otros recursos del termalismo. Director del Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz por más de 10 años y su trabajo estuvo coordinado conjuntamente con diversas instituciones del país, la OPS, la OMS y Universidades extranjeras para desarrollar la actividad propia de la especialidad.

Presidente de la Asociación Latinoamericana de Rehabilitación en el Periodo 1999-2001 y Presidente del Comité Organizador del XVIII Congreso de la AMLAR celebrado en La Habana.

Constante fue su espíritu de trabajo y superación, que transmitió a todos los rehabilitadores que le sucedieron, y su presencia quedará en la memoria de todos aquellos que tuvieron el privilegio de conocerlo. Ahora, nos toca continuar su labor.

**Perfil del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación Consideraciones**  
**Dr. Fernando Sotelano**  
**3° World Congreso of the ISPRM**  
**Sao Paulo 2005**

Quizás la más importante debilidad que tiene el especialista en Medicina Física y Rehabilitación (MFYR) en la práctica, es la superposición con otras especialidades. Esto genera conflictos y celos profesionales. El especialista en MFYR debe trabajar con y no contra, el resto de los profesionales. El campo de acción del especialista en MFYR es claro y hacia él debe dirigirse la formación.

El listado que sigue son las patologías específicas en que es imprescindible la atención por el médico especialista en MFYR.

1. Paciente con compromiso polisistémico que genera discapacidad. Son aquellos con lesiones de distintos sistemas (neurológicos, ortopédicos, vasculares etc.) en que no es suficiente el tratamiento por un solo especialista. El médico fisiatra concentra el accionar de todos con la mira específica de mejorar la discapacidad.
2. Pacientes con lesiones neurológicas centrales o periféricas, que generalmente provocan parálisis con moderada o severa discapacidad, (lesiones medulares, hemiplejías, polineuritis, miopatías etc.) Una vez realizado el diagnóstico etiológico el papel del neurólogo pasa a ser el de consultor.
3. Pacientes amputados.
4. Pacientes con enfermedades reumáticas que generan discapacidad.
5. Pacientes paralíticos cerebrales.

Existe otra gama de patologías que también concurren a la consulta del especialista en MFYR pero que no son específicas del mismo y aquí se superponen con otras especialidades, a saber:

1. Deformaciones esqueléticas.
2. Tratamiento del dolor.
3. Lesiones de tejidos blandos
4. Alteraciones cardiovasculares.
5. Déficit cognitivos.
6. Alteración vesico-esfinteriana.
7. Alteraciones del lenguaje, auditivas y de la visión.
8. Disfunción sexual

EN CUANTO ESTAS GENEREN UNA ALTERACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE PUEDE SER UTIL LA INTERVENCIÓN DEL ESPECIALISTA EN MFYR.

**PERFIL PROFESIONAL**

1. No privilegiar los métodos de diagnóstico etiológico de las enfermedades. (son del resorte del especialista).
2. Saber realizar un correcto diagnóstico funcional (discapacidad).
3. Conocer el valor real de la fisioterapia analgésica y de los ejercicios terapéuticos. (muchos actúan como placebo)
4. Saber aplicar personalmente algunos tratamientos y prácticas específicas (infiltraciones, bloqueos, yesos funcionales, pilones para amputados).
5. Conocer a fondo las técnicas de reeducación que usan los profesionales colaboradores.
6. Privilegiar la prevención primaria y secundaria.
7. Conocer las escalas de valoración funcional.
8. Manejarse con la evidencia en rehabilitación.
9. Instrumentar la medición de todo su accionar mediante las escalas específicas.
10. Prescribir ortesis, prótesis y ayudas técnicas.
11. Conocer a fondo la anatomía funcional y biomecánica del cuerpo.
12. Prepararse psicológicamente para el contacto y orientación del Paciente y familia.

**DEFINICIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

Es la especialidad médica que se ocupa de minimizar al máximo el impacto de la discapacidad.

**Cerrando Brechas: Hacia la Integración de las Personas con Discapacidad**

**Organización sin ánimo de lucro enfocada en el trabajo con personas con discapacidad sensorial, busca Director de Programas para Latinoamérica**

Profesional con especialización o maestría en el área social, salud pública, legislación o en áreas relacionadas. Mínimo 3 años de experiencia en el trabajo con ONG's o Tercer Sector como director de programas. Experiencia en el trabajo con organizaciones de Latinoamérica. Altos estándares en la implementación, desarrollo, monitoreo y evaluación de proyectos, en la elaboración de planes estratégicos y operativos, y conocimientos en el desarrollo de programas a nivel internacional.

Compromiso con las personas con discapacidad. Excelentes habilidades escritas y habladas en inglés y español. Experiencia demostrable en manejo de personal, capacitación a diferentes grupos sociales, presentación y evaluación de informes narrativos y financieros, elaboración y aprobación de presupuestos y trabajo en equipo. Entusiasta, negociador(a), diplomático(a) y con iniciativa. Disponibilidad para viajar. Enviar hoja de vida en inglés y español al correo electrónico [sila@senseintla.org](mailto:sila@senseintla.org) antes del 23 de Mayo de 2005.

**Fuente: Disnnet Press 1075-17 Mayo**

## Noticias en Red, el Día a Día de la Discapacidad en la Web

Desde Colombia DISNNET en <http://www.discapacidadcolombia.com>

América Solidaridad Latinoamericana <http://www.solidaridadlatinoamericana.net/paginas/indice.htm>

España - Europa Solidaridad Digital <http://solidaridaddigital.discapnet.es/paginas/indice.htm>

Análisis del Mundo Léalo en Disability World [www.disabilityworld.org](http://www.disabilityworld.org)

Desde Argentina <http://www.elcisne.org/html>

Síndrome Down <http://www.sindromedown.net/web2/>

Vea DISNNET en <http://www.dpi.org/sp/resources/publications/disnnet.htm>

**Fuente: Disnnet Press 1075-17 Mayo**

## AVANCES en Cirugía de Hombro "2005"

Hace un año, importantes avances científicos relacionados con la cirugía de hombro han sido discutidos en congresos nacionales e internacionales realizados por la Academia Americana de Cirugía Ortopédica (AAOS). A continuación se mencionan los tópicos más relevantes sobre la nueva tendencia en el tratamiento de lesiones del manguito rotador.

### ***Sobre Manguito Rotador: Ciencias Básicas***

Autores como Zuckerman presentaron trabajos con cartílago derivado morfogénico con proteína tipo 2 (CDMP-2). En su estudio utilizó ratones que presentaban lesión en el tendón del manguito rotador, donde un grupo recibió CDMP-2 y otro permaneció sin tratamiento, comprobando a las cuatro semanas, que el tendón era más fuerte en el grupo que recibió CDMP-2 que si no hubiese sido tratada la lesión.

Dines, utiliza el factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) y el factor de crecimiento insulínico-1 (IGF-1). El autor determina que esto puede conllevar al desarrollo de parches biológicamente activos, capaces de acelerar y modular la reparación del manguito rotador lesionado. El proceso se evidenció en los fibroblastos de ratones expuestos a estos factores de crecimiento, los cuales estimularon la síntesis de colágeno.

Kikugawa, reportó los efectos del tejido sinovial y los factores de crecimiento en el proceso de curación de lesiones del manguito rotador. Trabajó con 80 ratas con lesión en el supraespinoso. En 40 ratas el defecto en el tendón era llenado con tejido sinovial, comparado con las otras 40 ratas sin tratamiento con tejido sinovial. Los especímenes tratados con tejido sinovial, eran más maduros, presentaban altas concentraciones de TGF-b que incrementa la producción de colágeno tipo I y III, los cuales pueden influenciar al tejido sinovial en este rol.

Meyer, utiliza dos métodos imagenológicos como son la tomografía computarizada y el microscopio electrónico para estudiar los cambios ocurridos después de una lesión de manguito rotador en 8 ovejas. El autor concluye, luego de 75 semanas de seguimiento, que el tejido graso podría llenar los espacios creados por la combinación de retracción y acortamiento en la fibra muscular del infraespinoso. Estos hallazgos contradicen las corrientes actuales que afirman que los cambios ocurridos en el tejido graso representan un proceso degenerativo.

## TENDENCIAS ACTUALES



El sistema "Quick Glance" se ha diseñado para las personas que, por discapacidad u otro motivo, no pueden utilizar el teclado y el ratón del ordenador. Esta hecho por Microsoft Windows 98/XP. Por este medio se lo permite poner el cursor en cada lugar de la pantalla. Solo mira sobre la pantalla y se puede controlar cada programa del ordenador sin ninguna restricción. Por medio del movimiento del ojo se puede manejar su ordenador. Hay personas por todo el mundo quienes la usan para escribir, hablar a través de un sintetizador de voz, y participar en chats y foros de Internet. También se puede utilizar el correo electrónico, pintar, y jugar juegos.

La solución de comunicación para numerosas discapacidades incluyen: Parálisis cerebral, lesiones medulares, esclerosis lateral amiotrófica, paraplejía, tetraplegia, esclerosis múltiple, danos por esfuerzo repetitivo y cualquier persona cuyas facultades cognitivas no están afectadas. Es importante que la persona tenga control de, al menos, un ojo.

Visite [www.eyetechds.com](http://www.eyetechds.com) para más información sobre este tema y por favor mande todas las preguntas a [info@etmail.net](mailto:info@etmail.net).

### Autoridades de AMLAR 2004-2006

**Presidenta: Dra. Joyce Bolaños (Venezuela)**

**Vicepresidente: Dr. Juan Manuel Guzmán (México)**

**Secretario General: Dr. Luis Parada (Venezuela)**

**Tesorera: Dra. Yajaira Alzuru (Venezuela)**

**Vocal Zona Norte: Dr. Norman Lanza (Nicaragua)**

**Vocal Zona Centro: Dr. Salomón Abuchaibe (Colombia)**

**Vocal Zona Sur: Dr. Juan Carlos Medrano (Bolivia)**

**Correo electrónico: [info@amlar-rehab.com](mailto:info@amlar-rehab.com)**

### UTILIZACIÓN DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EN LAS LESIONES MUSCULARES Y OSTEOARTICULARES

La habilidad de controlar el comportamiento celular podría ser una herramienta poderosa en el tratamiento de patologías osteomusculares. Recientes avances en biología molecular han llevado a creer que es factible la manipulación del comportamiento celular.

Uno de los principales candidatos que intervienen en el funcionamiento celular son los llamados *factores de crecimiento*.

Los factores de crecimiento son polipéptidos que tienen la función de producir en la matriz extracelular un efecto positivo a nivel de las células madre, target o satélites, estimulando su proliferación.

Los principales reguladores que intervienen a nivel osteomuscular son: el factor de crecimiento tipo insulina (IGFs), el factor de crecimiento de fibroblastos (FGFs), el factor de crecimiento transformante tipo b (TGF-b), el factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF) y la proteína morfogenética ósea (BMPs).

Los factores de crecimiento son sintetizados por diferentes tipos de células, como por ejemplo, las plaquetas. Su síntesis se incrementa en respuesta a estímulos externos, tal como, la exposición a bajas concentraciones de oxígeno, trombina o estimulación con varios factores de crecimiento y citoquinas.

Estas sustancias a nivel muscular pueden estimular la regeneración de la miofibrilla y mejorar la fuerza muscular<sup>1</sup>, previniendo la fibrosis, pero no eliminándola del todo.

La tendencia actual se encamina a: (a) inhibir la fibrosis y (b) mejorar la regeneración muscular. Esto se puede lograr con la utilización de agentes antifibróticos y por medio de la inyección directa de proteína humana recombinante. Sin embargo, queda mucho por descubrir.

<sup>1</sup>Kasekijwattana C, et al: Use of growth factors to improve muscle healing after strein injury. Clin Orthop. 2000 Jan; (370):272-85