

El Kinesiólogo

Órgano de difusión del Colegio de Kinesiólogos, Fisioterapeutas y Terapistas Físicos
De la Provincia de Santa Fe - 2da. Circunscripción - Rosario



**EL MISMO COLEGIO
UNA NUEVA GESTION**

“RENOVANDO EL COMPROMISO CON NUESTROS COLEGAS”



UGR

Universidad del
Gran Rosario

Maestrías

Especializaciones

Diplomaturas

Cursos de Formación Continua



ugr.edu.ar



ugrosario



ugranrosario



+54 9 3413 89-3585 / +54 9 3415 86-5574

Revista Trimestral
El Kinesiólogo
Año 21 Nro. 69
Primavera - Octubre - 2021

Director:

Autoridades del
Colegio de Kinesiólogos
2º Circunscripción
Provincia de Santa Fe.
Ocampo 560 Rosario.
www.colegiokinesioologos.com

Producción General:

Factoryminds
Diseño Creativo

www.factoryminds.com.ar
info@factoryminds.com.ar

Diseño y diagramación:

Rodrigo G. Bosch

Producción

Ejecutiva y Publicitaria:

Ma. Inés Cabral

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual:
En Trámite

Las Notas publicadas no reflejan
precisamente el pensamiento
de EL KINESIÓLOGO. Siendo
exclusiva responsabilidad del
autor firmante.

El mismo Colegio una nueva gestión.



Estimadas y estimados colegas.

Luego de un proceso eleccionario llevado a cabo de manera virtual en el mes de Mayo, se ha conformado un nuevo consejo asesor. En este sentido, podemos enorgullecernos de que somos el 1er colegio profesional de la provincia de Santa Fe en poner en práctica la Ley 14.002 de paridad de género, tanto en la conformación del cuerpo de delegados de cada departamento, como en todos los órganos de gobierno de nuestro Colegio Profesional. En este contexto, resultó conformada una mesa directiva federal, donde cinco de los siete departamentos que conforman la 2da circunscripción están representados.

Nos hemos propuesto rediseñar la lógica de trabajo interno de nuestro colegio y la redistribución de las tareas de nuestros colaboradores, con el afán de brindarles a todos nuestros colegiados una atención a la altura de las circunstancias.

Nuestra profesión ha tenido un gran crecimiento en los últimos años, y podemos asentir que nuestro colegio creció y crecerá junto a ella, y estamos aquí para llevarlo adelante.

La situación sanitaria actual y este contexto de pandemia, nos presenta grandes desafíos, los cuales hemos empezado a transitar juntos. Todo cambio lleva tiempo, pero somos optimistas y contamos con ganas de trabajar y con decisiones acertadas se podrán lograr.

¡Esperamos que nos acompañen en este nuevo proceso!

Mesa Directiva ■



AUTORIDADES DEL COLEGIO DE KINESIÓLOGOS 2º CIRCUNSCRIPCIÓN PROVINCIA DE SANTA FE

MESA DIRECTIVA

Presidente: Lic. Wickler Martín
Vice Presidente: Lic. Mancinelli Evangelina Laura
Secretario: Lic. Lombard Mauro León
Tesorero: Lic. Tobal Jose Maximiliano
Vocal Titular: Lic. Ponce Noeli Soledad
1er Vocal Suplente: Lic. Sciarra Gabriela Gisele
2do Vocal Suplente: Lic. De grande Luis Fernando
3er Vocal Suplente: Lic. Ramis Cecilia Gisela

Revisores de Cuentas:

Lic. Vila Maria Eugenia
Lic. Zeni Mauricio Javier

Tribunal de Ética:

Lic. Collivadino Ezequiel
Lic. Tasinato Julia
Lic. Parra Matías

CONSEJO ASESOR. DELEGADOS DEPARTAMENTALES:

Rosario

Lic. Wickler Martín
Lic. Sciarra Gabriela
Lic. Ruiz Daniel Enrique
Lic. Ramis Cecilia Gisela
Lic. Flury Ariel
Lic. Zanchetta Graciela Noemi
Lic. Parra Matías
Lic. Vila Maria Eugenia
Lic. Zeni Mauricio Javier

San Lorenzo

Lic. Bazzana Guido
Lic. Di Giannantonio Veronica
Lic. Otera Gonzalo
Lic. Cicchitti Angelina
Lic. Vallejos Roberto

Belgrano

Lic. Verstraete Mauricio Andres
Lic. Perugini Maria Laura
Lic. Lombard Mauro
Lic. Mendez Sandra Cristina

Caseros

Lic. De Grande Luis
Lic. Mancinelli Evangelina Laura
Lic. Bonavera Diego Mariano
Lic. Capaldi Evangelina
Lic. Collivadino Ezequiel

Iriondo

Lic. Gomez Carlos Alberto
Lic. Rosso Maria Eugenia
Lic. Taborra Julio
Lic. Plaini Maria Josefina

Gral. López.

Lic. Tobal Jose Maximiliano
Lic. Lamperti Jimena
Lic. Mercado Jose Luis
Lic. Borkowski Ileana
Lic. Mori Fernando
Lic. Tasinato Julia

Constitución

Lic. Greco Gustavo Fernando
Lic. Ponce Noeli Soledad
Lic. Ranzuglia Sebastian
Lic. Rios Ana Cecilia
Lic. Palafox Hernan

Evaluación de la discapacidad física en pacientes desvinculados de ventilación mecánica invasiva.

Resumen

Objetivo: Evaluar la discapacidad física medida por Índice de Barthel, en una población que recibió ventilación mecánica invasiva. **Materiales y métodos:** Se incluyeron pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva al menos 24 horas y que fueron desvinculados con éxito desde julio de 2019 hasta enero de 2020. Todos recibieron un programa de movilización precoz dividido en tres etapas (vinculado a ventilación mecánica invasiva, respirando espontáneamente en cuidados intensivos y en sala general). Se utilizó el puntaje APACHE II para valorar su gravedad inicial y el Índice de Barthel para cuantificar su discapacidad antes del alta. Se identificaron las variables asociadas a Índice de Barthel menor a 60 puntos (discapacidad severa y total).

Resultados: La muestra se conformó con 35 pacientes. La media de edad fue 70 ± 9 años y el 71% ($n=25$) eran de sexo masculino. La mediana de APACHE II fue 23 (RIQ 19–26), con una estadía en internación de 17 días (RIQ 10–26), y un Índice de Barthel al alta de 70 puntos (RIQ 50–80). El 40% ($n=14$) se externó con discapacidad severa, encontrando la edad (76 ± 8 años vs 67 ± 8 años; $p=0,002$), el sexo femenino (50% vs 14%; $p=0,02$), la patología cardíaca de ingreso (64% vs 20%; $p=0,02$) y la mayor estadía hospitalaria (14 días [8–22] vs 19 días [15–30]; $p=0,05$) como variables asociadas a la misma.

Conclusión: El 40% de los pacientes desvinculados de ventilación mecánica invasiva se externó con discapacidad severa. Esta se asoció a una mayor edad, al sexo femenino, al motivo de internación y a la estadía hospitalaria prolongada. **Palabras claves:** Actividades de la vida diaria, respiración artificial, cuidados intensivos, rehabilitación, calidad de vida, movilización precoz.

Introducción

Los sobrevivientes de ventilación mecánica invasiva (VMI) presentan a menudo disfunciones físicas, nutricionales y neurocognitivas que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria.¹ La calidad de vida de los pacientes que reciben VMI se ve alterada después de una enfermedad crítica y la recuperación es gradual en el tiempo, encontrándose pacientes que sufren las secuelas por un período más prolongado. La edad, la estadía en cuidados intensivos y la persistencia de la debilidad adquirida son factores que tienden a empeorar la calidad de vida.²

El índice de Barthel (IB)³ es utilizado desde hace varias décadas como instrumento de medición objetiva del desarrollo de diez actividades de la vida diaria.

La debilidad adquirida es una entidad habitual y poco deseada que repercute negativamente en la rehabilitación de los pacientes.^{4–6} A raíz de esto, la movilización del paciente crítico debe realizarse en forma temprana para evitar discapacidades prolongadas. El objetivo de este estudio fue evaluar la discapacidad física medida por IB, en una población que recibió VMI.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo y observacional.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron pacientes no quirúrgicos y con postoperatorios complicados que requirieron VMI > 24 horas desde Julio de 2019 hasta enero de 2020 en un sanatorio privado de Rosario (Santa Fe-Argentina) con orientación cardiovascular.

Se excluyeron cirugías programadas no complicadas de cualquier especialidad (VMI < 24 horas), pacientes seculares de patologías neurológicas agudas, derivados hacia otra institución desde cuidados intensivos y aquellos con discapacidades motrices preexistentes.

Variables

Se asignó el puntaje de gravedad APACHE II⁷ al momento de iniciar la VMI. El puntaje APACHE II se elaboró con el primer laboratorio en VMI, mientras que la escala de Glasgow, la frecuencia cardíaca y la presión arterial media se registraron antes de la inducción anestésica.

Los pacientes recibieron un programa de movilización precoz que se dividió en tres etapas. La primera etapa comenzó a las 24 horas de iniciada la VMI y se mantuvo hasta la extubación. En esta primera instancia se realizaron movilizaciones pasivas de miembros inferiores/miembros superiores y cambios de decúbito en conjunto con el servicio de enfermería. La segunda etapa se llevó a cabo con el paciente respirando espontáneamente en cuidados intensivos. Durante esta fase se realizaron ejercicios isométricos/isotónicos en cama, movilizaciones activas-asistidas contra resistencia, sedestación y bipedestación al borde de la cama.

La tercera etapa de rehabilitación se desarrolló con el paciente en sala general. A partir de esta fase, los pacientes comenzaron a deambular por habitación y pasillo con asistencia kinésica; realizaron ejercicios de sentadillas y se los mantenía sentado en sillón con ejercicios activos dosificados. Las sesiones de rehabilitación se ejecutaron dos veces por día (mañana y tarde) cuando el paciente no presentaba contraindicaciones clínicas de movilización. Las contraindicaciones para realizar actividad física fueron: presencia de arritmias auriculares/ventriculares agudas, fiebre persistente (temperatura mayor a 38°C), hipotensión (tensión arterial media menor a 50 mmHg), anemia (hematocrito menor a 27%, hemoglobina < 7 gr/dl), diarreas persistentes, excitación psicomotriz y somnolencia.

Índice de Barthel (IB): El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una

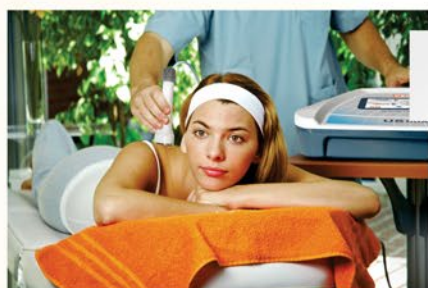
CIRUGIA REX

INSUMOS Y EQUIPAMIENTO PARA LA SALUD

Distribuidor oficial



MAGNETOTERAPIA



ULTRASONIDO



AHORA 12

AHORA 18

12 Y 18 CUOTAS CON VISA
Y MASTERCARD



ONDAS DE CHOQUE



NUEVO



PURIFY

Desinfección de ropa y calzado
por UV y Ozono.
Hongos, bacterias y virus
(incluido COVID 19).

cirugiarex

www.cec.com.ar

Urquiza 3201, Rosario - (0341) 439-3017



341-5491621

www.cirugiarex.com.ar - info@cirugiarex.com.ar

puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas.³ Este consta de diez actividades indispensables para cualquier individuo (comer, trasladarse entre silla-cama, aseo personal, uso del inodoro, bañarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina). Se evaluaron las actividades de la vida diaria (AVD) con el IB antes del alta institucional. Se identificaron las variables asociadas a IB bajo (IB menor a 60 puntos, [discapacidad severa o total]) y aquellas AVD con mayor dificultad de ejecución.

El Comité de Docencia e Investigación aprobó la realización y publicación de esta investigación.

Análisis Estadístico

La información se incorporó a una base de datos que fue analizada con Epi-info 3.5 y Statistix 7. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media y desviación estándar y las que no poseían dicha distribución, como mediana con rango intercuartil 25-75%. El análisis estadístico de las variables continuas se realizó con la prueba de la t de Student o el Wilcoxon Rank sum test, según correspondiera. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y las comparaciones se realizaron con la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Todas las comparaciones estadísticas fueron a dos colas y se consideraron estadísticamente significativos los valores de p menores a 0,05.

Resultados

La muestra se conformó con 35 pacientes (no quirúrgicos y postoperatorios complicados [VMI > 24 horas] que fueron desvinculados de VMI exitosamente. Se excluyeron postoperatorios de cirugías programadas desvinculados antes de las 24 horas, pacientes con secuelas motrices por afecciones neurológicas y aquellos que fueron derivados hacia otra institución desde cuidados intensivos. (Figura 1) La media de edad fue 70 ± 9 años, el 71% (n=25) eran de sexo masculino y el 43% (n=15) obesos (índice de masa corporal mayor a 30). El APACHE II tuvo una mediana de 23 (RIQ 19-26). El 37% (n=13) tenía antecedentes de enfermedad respiratoria, el 49% (n=17) afecciones cardíacas crónicas y el 14% (n=5) patología neurológica preexistente sin secuelas motrices.

Las principales causas de internación fueron cardíacas 60% (n=21) y respiratorias 23% (n=8). Los días con VMI, en cuidados intensivos e internación total tuvieron una mediana de 5 (RIQ 2-8), 12 (RIQ 5-14) y 17 (RIQ 10-26) días respectivamente.

El 71% (n=25/35) de los pacientes presentó complicaciones en VMI (cardíacas, neurológicas o respiratorias). El 11% (n=4/35) tuvo arritmias ventriculares, vasoplejía o shock cardiogénico/séptico; el 9% (n=3) desarrolló neumotórax, neumonía asociada a la ventilación mecánica o atelectasia lobar/masiva; y el 14% (n=5) manifestó excitación psicomotriz, accidente cerebrovascular o encefalopatía. El 37% (n=13) tuvo más de una complicación en VMI. (Tabla 1)

VIP-ELECTROMEDICINA®

Empresa Argentina con más de 30 años de trayectoria fabricando equipamiento profesional y accesorios para fisioterapia, rehabilitación y medicina estética

Campos magnéticos

Ultrasonidos

Ultracavitación

Presoterapia

Electroestimulación

Radiofrecuencia

Phototerapia

Laserterapia

Mesoterapia

Electroanalgesia

Electroacupuntura

Tecaterapia

Diatermia

Suero pélvico

Onda Corta

Pasaje 30 N°3770 - San Martín (1650)
Buenos Aires - Argentina

4755-4126 / 011-2374-3045 (wsp)
info@vip-electromedicina.com.ar

www.vip-electromedicina.com.ar



Ingreso 2021

EL FUTURO SOS VOS

Licenciatura en

Kinesiología y Fisiatría

Duración: 5 Años

Especialización en

Kinesiología Deportiva

Duración: 2 Años



Rodrigo 341 5470239

www.uai.edu.ar



uai.SedeRosario

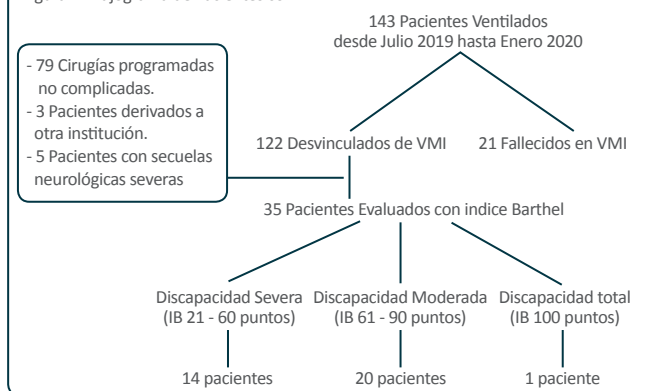


uai.rosario

Tabla 1: Características de la Población estudiada.

Características generales		Todos (n=35)
Edad en años (media, DE)		70±8
Sexo Masculino n (%)		25 (71%)
APACHE II (mediana, RIQ)		22 (19-26)
Obesos n (%)		15 (43%)
Antecedentes Personales, n (%)		
Cardiológicos		17 (49%)
Respiratorios		13 (37%)
Neurológicos		5 (14%)
Motivo de VMI, n (%)		
Cardiológicas		21 (60%)
Respiratorias		8 (23%)
Neurológicas		3 (9%)
Estadía, mediana (RIQ)		
Días en VMI		5 (2-8)
Días en UCI		12 (5-14)
Días internación		17 (10-26)
Complicaciones en VMI, n (%)		
Cardiológicas		4 (11%)
Respiratorias		3 (9%)
Neurológicas		5 (14%)
Más de 1 complicación		13 (37%)
Referencias:		
n: cantidad de pacientes. IMC: Índice de masa corporal.		
DE: Desvío estándar. RIQ: Rango intercuartil.		
VMI: Ventilación mecánica invasiva.		
UCI: Unidad de cuidados intensivos.		

Figura 1: Flujograma de Pacientes con VMI



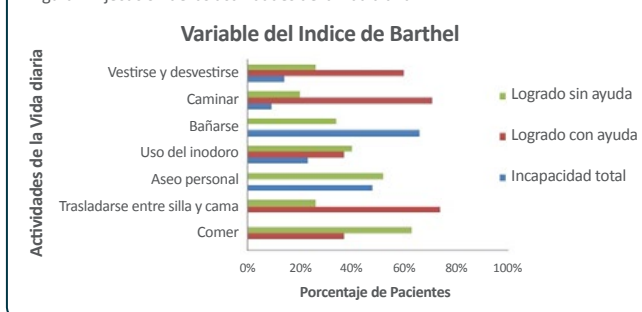
El IB tuvo una mediana de 70 puntos (RIQ 50-80) al alta. El 57% (n=20) se externó con discapacidad moderada (IB 61 a 90 puntos) y el 40% (n=14) con IB menor a 60 puntos (discapacidad severa o total). En este subgrupo, la discapacidad severa (IB 21-60 puntos) se halló en la totalidad de los pacientes. La edad (76 ± 8 años vs 67 ± 8 años; $p=0,002$), el sexo femenino (50% [n=7/14] vs 14% [n=3/21]; $p=0,02$), la patología cardíaca de ingreso (64% [n=9/14] vs 20% [n=4/20]; $p=0,02$) y la mayor estadía hospitalaria (14 días [RIQ 8-22] vs 19 días [RIQ 15-30]; $p=0,05$) fueron las variables asociadas a IB menor a 60 puntos. No hubo pacientes con discapacidad total (IB < 20 puntos) ni escasa (IB 91-99 puntos), y un solo paciente tuvo independencia total (IB 100 puntos). (Tabla 2)

Tabla 2: Discapacidad poblacional según Índice de Barthel

Variable	Barthel > 60 puntos (n=21)	Barthel < 60 puntos (n=14)	Valor de p
Edad en años (media, DE)	67 (64-71)	77 (69-84)	0,002
Días en Cuidados intensivos (mediana, RIQ)	10 (4-13)	13 (6-16)	0,08
Días total de internación (mediana, RIQ)	14 (8-22)	19 (15-30)	0,05
Días en VMI (mediana, RIQ)	4 (2-8)	5 (3-7)	0,9
Sexo Femenino n (%)	3/21 (14%)	7/14 (50%)	0,02
Antecedentes respiratorios n (%)	8/21 (38%)	5/14 (35%)	1
Antecedentes cardiológicos n (%)	10/21 (48%)	7/14 (50%)	1
Antecedentes neurológicos n (%)	3/21 (14%)	2/14 (14%)	0,7
Obesidad n (%)	8/21 (38%)	7/14 (50%)	0,7
Patología cardíaca de ingreso n (%)	4/21 (19%)	9/14 (64%)	0,02
Complicaciones en VMI n (%)	16/21 (76%)	9/14 (64%)	0,7
Referencias:			
n: cantidad de pacientes. Rangos IC: Rango intercuartil. VMI: Ventilación mecánica invasiva.			

Las AVD con mayor dificultad de ejecución fueron aquellas relacionadas con la higiene. El 66% (n=23) requirió baño en cama, mientras que el 48% (n=17) no pudo realizar su aseo personal sin asistencia. El 63% (n=22) no precisó asistencia para comer y fue la AVD mejor lograda. (Figura 2)

Figura 2: Ejecución de las actividades de la vida diaria



Discusión

Los resultados de este estudio evidencian la discapacidad que presentan los pacientes luego de un período en cuidados intensivos. Los días en VMI no se relacionaron con un IB menor a 60 puntos como se supuso inicialmente. Nuestra interpretación sobre estos resultados se dirige al tamaño de la muestra.

La sobrevida en cuidados intensivos es el principal objetivo del equipo de salud. Como consecuencia de la VMI, los pacientes sufren desordenes metabólicos que generan la pérdida de masa muscular hasta un 10% en la primera semana de internación. Estudios describen una pérdida de masa muscular de 0,2-9% por día, dependiendo de la severidad de la condición del paciente. Además, el alcance de estas pérdidas es mayor cuando fallan varios órganos.⁸ Teniendo en cuenta estas afirmaciones y considerando que nuestra población tuvo un score APACHE II inicial elevado 23 (RIQ 19-26) y el 37% presentó más de una complicación en VMI, pensamos que la discapacidad observada podría relacionarse a la pérdida de masa muscular y a la gravedad inicial del paciente.

El IB ha sido validado en Argentina y permite la evaluación de las actividades de la vida diaria básicas de una forma sencilla.³ En 2014, Busico M¹ y colaboradores evaluaron el IB en pacientes ingresados a cuidados intensivos que recibieron VMI > 24 horas.

Estos autores concluyeron que la discapacidad física está presente al cuarto mes y al año que recibieron el alta hospitalaria. En nuestro estudio no se realizó el seguimiento telefónico y se carece de dicha información para realizar dicho análisis y poder formalizar esa conclusión.

Existe evidencia científica probada que los pacientes con VMI deben recibir movilización precoz.⁹⁻¹³ En 2015 Ota H et al¹⁴, estudiaron los beneficios de la movilización precoz en los pacientes con VMI. Estos concluyeron que la movilización temprana en pacientes con VMI sin déficits neurológicos puede mejorar su funcionalidad al momento del alta hospitalaria. El programa de rehabilitación utilizado en nuestro estudio está centrado en la prevención de la debilidad adquirida. Esta complicación es frecuente y de resolución interdisciplinaria. A diferencia de protocolos observados en la bibliografía, donde se realizan intervenciones exclusivas de cuidados intensivos, nuestros pacientes recibieron movilización temprana desde su ingreso a VMI hasta el alta sanatorial. La continuidad de las sesiones de kinesioterapia durante toda la internación, permitió a los pacientes poder recibir al menos dos estímulos al día, siendo esto, una característica importante sobre los resultados del estudio.

El programa utilizado se realiza desde hace varios años en nuestra institución y hasta la confección del presente estudio no había sido evaluado.

En 1989 Shah et al¹⁵, sugirieron una nueva interpretación sobre los resultados del IB, agrupados en cinco categorías. Al analizar nuestros resultados y estratificarlos según este autor, vemos que el 57% (n=20) tuvo dependencia moderada (IB 61-90 puntos), el 40% (n=14) se externó con discapacidad severa (IB 21-60 puntos), y solamente un paciente alcanzó la independencia total (IB 100 puntos) antes del alta sanatorial.

En 2018 Da Silveira L et al¹⁶, evaluaron el estado funcional de los pacientes post-cuidados intensivos mediante IB y el índice de Katz.

Ellos encontraron que su población tenía discapacidad severa (IB 55 puntos [30-80]). Al comparar los resultados con este estudio, vemos que nuestros pacientes eran más añosos (68 [65-77] vs 52 [36-61]), tenían mayor score APACHE II (23 [19-26] vs 15 [11-21]) y menor estadía hospitalaria (17 [10-26] vs 34 [20-53]).

En 2015 Shiao C et al¹⁷, realizaron un estudio multicéntrico y retrospectivo donde encontraron que un puntaje bajo del IB se asocia con mayor riesgo de internación por neumonía. En nuestra investigación no se cuantificó el IB previo a la internación en cuidados intensivos, por lo cual no podemos realizar asociaciones ni conclusiones pertinentes.

Al analizar las AVD en forma independiente, observamos que aquellas relacionadas con la higiene se comportaron en forma dicotómica, ya que consiguieron realizarse sin asistencia o no pudieron llevarse a cabo. Por otro lado, el resto de las AVD se ejecutaron con ayuda.

Los resultados encontrados en nuestro estudio son relevantes para los autores y servirán para implementar nuevas estrategias que aminoren el grado de discapacidad que padecen los pacientes con VMI.

Limitaciones: El tamaño reducido de la muestra y el carácter observacional del estudio suponen una limitación en la interpretación de los resultados. El diseño unicéntrico y la ausencia de un grupo control dificulta la generalización de los hallazgos.

Conclusión

El 40% de los pacientes desvinculados de ventilación mecánica invasiva se externó con discapacidad severa. Esto se asoció a una mayor edad, al sexo femenino, al motivo de internación y a la estadía hospitalaria prolongada.

BIBLIOGRAFÍA

- Busico M, Intile D, Irastorza N, Leoz A, Plotnikow G, D'Annunzio P y cols. Calidad de vida y estatus funcional en pacientes que requirieron ventilación mecánica. Seguimiento al año del alta de terapia intensiva. *Rev. amer. med. Respiratoria* 2014; 3:244-251.
- Busico M, Intile D, Sívori M, Irastorza N, Alvarez A.L, Quintana J y cols. Risk factors for worsened quality of life in patients on mechanical ventilation. A prospective multicenter study. *Med Intensiva* 2016;40(7):422-430.
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 177-137.
- Elliott D, Denehy L, Berney S, Alison JA. Assessing physical function and activity for survivors of a critical illness: a review of instruments. *Aust Crit Care*. 2011 Aug;24(3):155-66.
- Jolley SE, Bunnell AE, Hough CL. ICU-Acquired Weakness. *Chest*. 2016 Nov;150(5):1129-1140.
- Wieske L, Dettling-Ihnenfeldt DS, Verhamme C, Nollet F, van Schaik IN, Schultz MJ, Horn J, van der Schaaf M. Impact of ICU-acquired weakness on post-ICU physical functioning: a follow-up study. *Crit Care*. 2015 Apr 27;19(1):196.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985 Oct;13(10):818-29.
- Joskova V, Patkova A, Havel E, Najpaverova S, Uramova D, Kovarik M, Zadak Z, Hronek M. Critical evaluation of muscle mass loss as a prognostic marker of morbidity in critically ill patients and methods for its determination. *J Rehabil Med*. 2018 Aug 22;50(8):696-704.
- Wensell-Fernandez. Ejercicio físico como tratamiento efectivo y seguro en el paciente crítico: una revisión sistemática. *Rehabilitación (Madr. Internet)* 2017; 51,4, 255-263.
- Kress JP. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. *Crit Care Med*. 2009 Oct;37(10 Suppl):S442-7.
- Doiron KA, Hoffmann TC, Beller EM. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 27;3(3):CD010754.
- TEAM Study Investigators, Hodgson C, Bellomo R, Berney S, Bailey M, Buhr H, Denehy L, Harrold M, Higgins A, Presneill J, Saxena M, Skinner E, Young P, Webb S. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Crit Care*. 2015 Feb 26;19(1):81.
- Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA. Early mobilization: Why, what for and how? *Med Intensiva*. 2017 Oct;41(7):429-436.
- Ota H, Kawai H, Sato M, Ito K, Fujishima S, Suzuki H. Effect of early mobilization on discharge disposition of mechanically ventilated patients. *J Phys Ther Sci*. 2015 Mar;27(3):859-64.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):703-9.
- Silveira LTYD, Silva JMD, Soler JMP, Sun CYL, Tanaka C, Fu C. Assessing functional status after intensive care unit stay: the Barthel Index and the Katz Index. *Int J Qual Health Care*. 2018 May 1;30(4):265-270.
- Shiao CC, Hsu HC, Chen IL, Weng CY, Chuang JC, Lin SC, Tsai FF, Chen ZY. Lower Barthel Index Is Associated with Higher Risk of Hospitalization-Requiring Pneumonia in Long-Term Care Facilities. *Tohoku J Exp Med*. 2015 Aug;236(4):281-8.

NUEVOS MATRICULADOS



29802	CHIABRANDO ANDRES	30132	IPUCHA MICAELA	30442	TOFFOLETTI NABILA MARIA
29812	GARGICEVICH BRANDON ANDRES	30142	VAN MEEGROOT MARTIREN ERIKA	30452	CALLEJA FLORIANA
29832	MORINIGO LEDEZMA BRUNO ANT.	30152	STORNI MICAELA MARIA	30462	CASEY DAVIU MARIA FLORENCIA
29842	ROSELL CAMILA	30162	STORNI BRIAN NICOLAS	30472	ABDALA MAURO
29852	BELTRAME MICAELA	30172	FLORES TORIGINO JUAN CRUZ	30482	BRUNO LIA BELEN
29872	BORGNINO FLORENCIA SOLEDAD	30182	NAVARRO HERNAN DAVID	30492	MONTECCHIARI MARTINA ALDANA
29882	TORRES MAXIMILIANO IVAN	30192	LISTA FERNANDEZ MAILEN LUCIA	30502	DADAMIA ESPINOSA MARIA SOL
29892	RINESI ALDANA	30202	URRIBARRI MARIA LORENA	30512	CABRUJA MARTIN
29902	POLENTA SOFIA MARTINA	30212	COSTALES LUCIA	30522	DELLEPIANE FACUNDO
29912	BIANCO AZUL FLORENCIA	30222	MORAVAC SHIRLI NADIA	30532	RUIZ DIAZ FACUNDO MIGUEL
29922	CORRADINI ROCIO BELEN	30232	BATTISTONI LUCIANO GINO	30542	BATTAGLINO CHIARA LIGIA
29932	D'AMBROSIO MARINA EMILCE	30242	DE BOEVER SANTIAGO FERNANDO	30552	PANDOLFI LUCIANA
29942	LAZARO LUCIA	30252	PEÑALVA PABLO MARTIN	30562	MONTENEGRO MANUEL
29952	MARTIN IGNACIO	30262	SERRA CAGGIANO JOAQUIN	30572	MAIDANA ALDANA CECILIA
29962	RODRIGUEZ VARINIA BELEN	30272	MAUCERI DANIEL ANDRES	30582	OBERTI MARIA CLARA
29972	YURUN ELISA	30282	ACCURSI LAUTARO CAMILO	30592	SULETA AGUSTINA
29982	FAGIANI CONSTANZA BELEN	30292	BORNACIN PAULA VIRGINIA	30602	MICHELONI IGNACIO
29992	MURIADO CATALINA	30302	CORZO NILCE MAILEN	30612	BOLLERO SANTIAGO
30002	KOBERSTEIN GISELA MARISEL	30312	TOURN AIDANA EVELIN	30622	CRISPO ANTONELA NATALI
30012	CARRANZA HERNAN ALEXIS	30322	CIURLETTI JESICA SOLEDAD	30632	CAPIZZI JUAN MANUEL
30022	DUBRA AGUSTINA	30332	DRZEWISCKI MELINA AYLEN	30642	MARQUEZ MARIA SOL
30032	FANUCCHI AUGUSTO	30342	GISMONDI JULIA	30652	STAMPELLA DINO
30042	GARRIDO YAMILA LUCIANA	30352	MARCACCIO DANA	30662	PIQUET ROCIO MARIEL
30052	LOPEZ GALETTO DELFINA CECILIA	30362	SANCHEZ MAGALI	30672	BAGNASCO BERENICE
30062	MARTINEZ GABRIEL ESTEBAN	30372	FASSETTA JULIA		
30072	ROJAS LISANDRO	30382	ORGAZ ORIANA		
30082	SVOBODA NAHIR	30392	NUÑEZ AUGUSTO EMILIANO		
30092	DIAZ JORGELINA	30402	RIBETTI DURA MATIAS		
30102	POZO MARIA SOL	30412	POENITZ FRANCO VALENTIN		
30112	ARRIARAN CHRISTIAN	30422	COLSANI VASCONI LAUTARO DERBIS		
30122	LAIKER CAMILA	30432	MARASCHIN JULIANA FERNANDA		

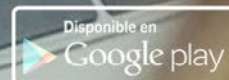
SUBSIDIOS POR:

- NACIMIENTO: 46
- MATRIMONIO: 10
- INCAPACIDAD TRANSITORIA: 51

BAJAS: 34



**COLEGIO DE
KINESIÓLOGOS**
2DA. CIRCUNSCRIPCIÓN - SANTA FE



DESCARGÁ NUESTRA APLICACIÓN

NUEVA VERSIÓN 1.2

**Habilitamos el módulo completo de Trámites
para una mejor atención, comodidad y
respuesta hacia el profesional.**

Para instalarla buscála en  Google play como:

Colegio de Kinesiólogos 2° Circ. Santa Fe

DESARROLLADA PARA MODELOS ANDROID V5.0 EN ADELANTE

Ocampo 560 - Tel 0341 4811156
administracion@colegiokinesiologos.com
www.colegiokinesiologos.com

