



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA



PROYECTO DE GRADO
DE LICENCIATURA EN
FISIOTERAPIA Y
KINESIOLOGIA

**“ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE FISIOTERAPIA
PARA LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN BASE A DATOS
ESTADISTICOS DE LAS GESTIONES DE ENERO DE 2011 A DICIEMBRE
DE 2013 EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD (ORURO)”**

PRESENTADO POR : T.F. CONSUELO PAULA GONZALES CALLAHUARA

TUTOR : DR. ANTONIO RENGEL

La Paz-Bolivia

2019

AGRADECIMIENTOS

QUIERO AGRADECER A MI FAMILIA QUE ESTA A MI LADO APOYANDOME, A LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES, FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA, CARRERA DE FISIOTERAPIA Y A LOS DOCENTES POR DARME LA OPORTUNIDAD DE SUPERACION, A LOS PACIENTES DE LA C.N.S. A DIOS QUE NOS ILUMINE CON SU SABIDURIA.

DEDICATORIA

DEDICO ESTE TRABAJO A MIS HIJOS JOAQUÍN PAOLO, CAMILA FERNANDA Y GRECIA ANTONELA QUE SON EL MOTOR QUE ME IMPULSA A SEGUIR ADELANTE, A MI ESPOSO REMBERTO GOMEZ H. POR LA PACIENCIA Y SOCIEGO EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES, A MIS HERMANOS GABRIEL Y WILMA, A MI MADRE PROFA. HERMINIA CALLAHUARA B. (+) QUE DESDE DONDE SE ENCUENTRE ME GUIE, PROTEJA Y CUIDE DE NOSOTROS.

INDICE GENERAL

| | <u>Pág.</u> |
|--|-------------|
| RESUMEN..... | 7 |
| CONTROL SEMANTICO..... | 8 |
| CAPITULO I | 9 |
| 1.-INTRODUCCION..... | 9 |
| CAPITULO II | 11 |
| 2.-ANTECEDENTES..... | 11 |
| 2.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS..... | 11 |
| CAPITULO III | 13 |
| 3.-JUSTIFICACION..... | 13 |
| CAPITULO IV | 14 |
| 4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 14 |
| CAPITULO V | 15 |
| 5.- HIPOTESIS..... | 15 |
| CAPITULO VI | 16 |
| 6.-OBJETIVOS DEL TRABAJO..... | 16 |
| 6.1.-OBJETIVO GENERAL..... | 16 |
| 6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 16 |
| CAPITULO VII | 17 |
| 7.- MARCO TEORICO..... | 17 |
| 7.1.-MIEMBRO SUPERIOR..... | 17 |
| 7.1.1.-HOMBRO DOLOROSO..... | 17 |
| 7.1.2.-PINZAMIENTO SUBACROMIAL..... | 18 |
| 7.1.3.-LESION DE MANGUITO ROTADOR..... | 19 |
| 7.1.4.-EPICONDILITIS..... | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 7.1.5.-LUXACION DE CODO..... | 21 |
| 7.1.6.-FRACTURA DE CODO..... | 22 |
| 7.1.7.-FRACTURA DE MUÑECA..... | 24 |
| 7.1.8.-FRACTURA DE COLLES..... | 25 |
| 7.1.9.-TENDINITIS DE QUERVAIN..... | 25 |
| 7.2.-TRONCO..... | 26 |
| 7.2.1.-LUMBALGIA..... | 26 |
| 7.2.2.-HERNIA DE DISCO..... | 27 |
| 7.3.-MIEMBRO INFERIOR..... | 28 |
| 7.3.1.-ARTROSIS DE CADERA..... | 28 |
| 7.3.2.-PROTESIS DE CADERA..... | 29 |
| 7.3.3.-TROCANTERITIS..... | 30 |
| 7.3.4.-GONARTROSIS..... | 31 |
| 7.3.5.-DISFUNCION PATELOFEMORAL..... | 32 |
| 7.3.6.-LESION DE LIGAMENTOS..... | 34 |
| 7.3.7.-TENDINITIS PATELAR..... | 35 |
| 7.3.8.-ESGUINCES (TOBILLO Y PIE)..... | 36 |
| 7.3.9.-FRACTURA DE TIBIA Y PERONE (TOBILLO Y PIE)..... | 36 |
| 7.3.10.-ESPOLON CALCANEO..... | 38 |
| 7.3.11.-FASCITIS PLANTAR..... | 39 |
| 7.4.-PROPUESTA DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO..... | 40 |
| CAPITULO VIII..... | 57 |
| 8.- DISEÑO METODOLOGICO..... | 57 |
| CAPITULO IX..... | 58 |
| 9.- RESULTADOS..... | 58 |
| 9.1.-DESARROLLO ESTADISTICO..... | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 9.2.-DIAGNOSTICO DEL TRABAJO ESTADISTICO..... | 61 |
| 9.2.1.-PREVALENCIAS DE PATOLOGIAS EN TRAUMATOLOGIA..... | 61 |
| 9.2.2.-PREVALENCIA DE PATOLOGIAS EN NEUROLOGIA..... | 63 |
| 9.2.3.-PREVALENCIA DE PATOLOGIAS EN MEDICINA INTERNA..... | 65 |
| 9.3.-TABLAS ESTADISTICAS Y GRAFICOS..... | 73 |
| TABLA N° 1-GRAFICO N° 1..... | 73 |
| TABLA N° 2-GRAFICO N° 2..... | 74 |
| TABLA N° 3-GRAFICO N° 3..... | 75 |
| TABLA N° 4-GRAFICO N° 4..... | 76 |
| TABLA N° 5-GRAFICO N° 5..... | 77 |
| TABLA N° 6-GRAFICO N° 6..... | 78 |
| TABLA N° 7-GRAFICO N° 7..... | 79 |
| TABLA N° 8-GRAFICO N° 8..... | 80 |
| TABLA N° 9-GRAFICO N° 9..... | 81 |
| TABLA N° 10-GRAFICO N° 10..... | 82 |
| TABLA N° 11-GRAFICO N° 11..... | 83 |
| TABLA N° 12-GRAFICO N° 12..... | 84 |
| CAPITULO X..... | 85 |
| 10.-CONCLUSIONES..... | 85 |
| 10.1.-CONCLUSIONES GENERALES..... | 85 |
| 10.2.-CONCLUSIONES ESPECIFICAS..... | 85 |
| CAPITULO XI | 87 |
| 11.-RECOMENDACIONES..... | 87 |
| CAPITULO XII..... | 88 |
| 12.- BIBLIOGRAFIA..... | 88 |

RESUMEN.

La necesidad de brindar una atención adecuada a los pacientes que asisten al servicio de Fisioterapia de la Caja Nacional de Salud y la gran afluencia de pacientes no puede ser cubierto por dos profesionales a tiempo completo y uno a medio tiempo de 8:00 a 13:00 en las mañanas y de 14:00 a 18:00 por las tardes contando con un equipamiento básico de electroterapia,(galvánica farádica) ultrasonido 3 infrarrojos y horno de bier paralelas bicicleta estacionaria y planos inclinados en un espacio de 120 m² los mismos han sido adaptados para el servicio. No permiten desempeñar un trabajo adecuado

Al realizar un estudio estadístico de la atención de pacientes en servicio de fisioterapia da cuenta que las especialidades que mas refieren a los pacientes para su atención son: Traumatología (67 %), Neurología (24 %), Medicina Interna (6%) , Medicina Familiar (1 %), Pediatría (2 %) y Neumología (sin incidencia), de las que las especialidades de :Traumatología y Neurología son las que más requieren del servicio, poniendo en manifiesto las principales causas para que el servicio colapse son la falta de equipamiento infraestructura y personal

Al mismo tiempo el estudio refleja que las patologías de mayor incidencia en rodillas esta la Gonartrosis en un 30 %, disfunción Patelofemoral en un 23%, lesión de ligamentos con 18 % y tendinitis patelar en un 13 %. En lesión de manguito rotador con un 36 %, Hombro doloroso 32 % y pinzamiento subacromial con un 17 %. En las patologías álgidas son las de mayor incidencia la lumbalgia en un 46 % y las hernias de disco en un 36%.

Tomando en cuenta que la población asegurada y atendida en este servicio de acuerdo a porcentaje, son: los rentistas en un 53% y trabajadores activos en un 47%. Debiendo considerar priorizar la atención al sector activo de la población asegurada pues el reincorporarlos a su fuente laboral así lo exige. De la misma manera debemos mencionar que este estudio nos muestra un porcentaje de atención mayor al género femenino con un 52% y en el género masculino con el 48% de atención y finalmente proponer protocolos de tratamiento para las patologías más prevalentes.

CONTROL SEMÁNTICO.

Patología.

(Pathology) estudio de las características, causas y efectos de las enfermedades tal como se observan en la estructura y función del cuerpo.

Enfermedad.

Estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo, proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas, atribuibles a herencia, infección dieta o entorno.

Enfermedades crónicas.

Es la enfermedad o trastorno, que se desarrolla lentamente y persiste durante mucho tiempo.

Rehabilitación.

Restablecimiento total o parcial de la normalidad de la función en un individuo o en una de sus partes, después de una enfermedad incapacitante, lesión, adicción o encarcelamiento.

Prevalencia. Imponerse o sobresalir una persona o cosa entre otras continuar vigente o existiendo.

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN.

Los pacientes que asisten al Servicio de Fisioterapia pasan por la dificultad de realizar penosas filas para su atención desde tempranas horas de la mañana sufriendo las inclemencias del tiempo, aparte de las molestias que sufren por su enfermedad.

Al mismo tiempo que la cantidad de pacientes que asisten a la Terapia sobrepasa la capacidad del Servicio de Fisioterapia reduciendo de esta manera el tiempo de Tratamiento asignado a cada paciente. También se debe tomar en cuenta que el personal del servicio es reducido para la cantidad de pacientes que asisten a la terapia y el equipamiento con el que se cuenta es muy básico y de la década pasada.

En cuanto a la infraestructura, el servicio no cuenta con una propia pues los ambientes son adaptados y lamentablemente no cumplen con los Requisitos Básicos de un Centro de Fisioterapia.

Todas estas deficiencias en el Servicio han traído como consecuencia una Desorganización y Omisión de Normas de Atención a la población asegurada como la Elaboración de Historias Clínicas, Plan de Tratamientos Evolución de los mismos y Contra Referencias a los médicos especialistas provocando aun más hacinamiento y congestión alargando exageradamente el tiempo de tratamiento en la mayoría de los pacientes en el Servicio.

Esto lamentablemente escapa de la buena voluntad del personal encargado condicionándoles a un trabajo mecánico y de poco resultado.

El presente trabajo constituye una propuesta para la mejora de atención de pacientes en el Servicio de Fisioterapia de la Caja Nacional de Salud Regional Oruro tomando en cuenta que la Cantidad Promedio de pacientes atendidos es de 500 pacientes por mes en las Gestiones del 2011- 2012 – 2013 con tendencia a

incrementarse por el constante crecimiento vegetativo de la población asegurada en esta institución.

Poniendo en consideración que esta propuesta nace a partir de que el servicio brinda la atención a las especialidades de Traumatología, Neurología, Medicina Interna, Medicina familiar, Cirugía, Pediatría, Neumología de toda la regional con el objeto de tener una clara visión de la situación en que se encuentra el servicio se realiza un estudio estadístico donde consideramos los siguientes criterios:

- Número de pacientes atendidos en el servicio por año.
- Patologías Prevalentes
- Especialidades Medicas que mas refieren pacientes
- Atención a los asegurados pasivos y activos

Mejorar en calidad, evolución y seguimiento de los tratamientos. Hasta lograr la completa rehabilitación de los pacientes. Haciendo una propuesta de protocolos de atención en Fisioterapia para las patologías más prevalentes en miembro superior, miembro inferior y columna.

CAPITULO II

2.- ANTECEDENTES.

El servicio de fisioterapia brinda atención a toda la población asegurada de la Caja Nacional de Salud regional Oruro al no haber un trabajo estadístico en la institución en cuanto a número de pacientes atendidos, Especialidades que mas requieren al servicio de fisioterapia, patologías de mayor prevalencia y la necesidad que tiene la misma para mejorar la atención, es la motivación para realizar el presente trabajo.

Con un promedio de 350 a 500 pacientes por mes, en 8 horas diarias de atención y un personal de terapeutas y equipamiento limitado los mismos deben realizar la atención a todos los pacientes asegurados procurando una recuperación satisfactoria. Pero pese a todos los esfuerzos realizados en la mayoría de los casos el tiempo en los tratamientos se prolongaba produciendo mayor congestionamiento en el servicio y posterior reglamos tanto en los pacientes, los Médicos especialistas y autoridades superiores

En este entendido nuestras limitaciones en cuanto a equipamiento y personal fueron subsanadas parcialmente a partir del año 2011 pero los reglamos continúan existiendo.

2.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Con la promulgación del Código de Seguridad Social el 14 de Diciembre de 1956 se crea la Caja Nacional de Seguridad Social cuyo accionar se remonta a la vigencia del Ahorro Obrero Obligatorio. Su primer Presidente fue el señor Germán Butrón Marqués y su primer Gerente General el Sr. Luis Bedregal Rodó. Estudiosos en la materia aseguran que este código es el pionero en Latinoamérica.

El Hospital Obrero No. 4 considerado como el más importante Centro de Salud de Oruro, inicio actividades un 23 de Marzo de 1980, desde sus inicios brinda atención a los trabajadores y beneficiarios, con eficiencia y eficacia en los

servicios a corto plazo en los rubros de enfermedad, maternidad, y riesgos profesionales. Actualmente la Caja Nacional de Salud de Oruro presenta una cobertura poblacional de 210.546 afiliados, tanto en el área urbana como rural.

Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial de la Caja Nacional de Salud es pilar fundamental en atención de riesgos profesionales, en consecuencia está encargada del cuidado y la prevención de la salud seguridad y bienestar de los trabajadores en su ambiente laboral, mediante la ejecución de acciones y programas específicos, tales como los controles periódicos de salud, la inspección de empresas y la evaluación de riesgos de los ambientes de trabajo , la detección de enfermedades ocupacionales, y la evaluación de las incapacidades resultantes de los riesgos del trabajo y las derivadas de los accidentes , y cursos de capacitación a los trabajadores en diferentes áreas, etc.

La Fisioterapia constituye una profesión autónoma y con identidad propia dentro del ámbito sanitario, cuyo objetivo es de rehabilitar, preservar, restablecer y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la persona y de la Comunidad y, específicamente, la prevención, la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la funcionalidad mediante cualquiera de los medios manuales, físicos y químicos a su alcance.

Esta especialidad reconoce la salud como uno de los valores más fundamentales de la condición humana y, por tanto, su ejercicio debe velar para que el derecho a gozarla se haga efectivo en la mayor amplitud posible, poniendo al alcance de la población, los medios que sean de su competencia.

El servicio de fisioterapia de la C.N.S. en sus inicios en el año 1980 tuvo un equipamiento para la atención de 3 pacientes y en el transcurrir del tiempo por las necesidades de servicio y el constante creciente de la población asegurada fue ampliando en su atención aumentado su equipamiento a partir del año 2006 hasta la fecha con el fin de cubrir las necesidades de atención para sus beneficiarios.

CAPITULO III

3.- JUSTIFICACION.

En el presente trabajo radica la justificación en la necesidad que tiene el servicio de Fisioterapia de (C.N.S.) de brindar una atención de calidad calidez y eficiente al paciente en los aspectos tratamientos, evolución, seguimiento en base a un trabajo estadístico de patologías prevalentes en fisioterapia Pretendiendo modificar de manera progresiva el programa de atención fisioterapéutico en el servicio de fisioterapia (C.N.S.) Regional Oruro considerando que la población asegurada que es atendida en el servicio es masiva y a esto debemos añadir que va en incremento con el pasar del tiempo.

Debemos decir también que de un tiempo a esta parte se ha ido desprestigiando la atención en esta institución. Lamentablemente en todas las áreas y el servicio de Fisioterapia no ha sido la excepción de llamadas de atención por razones que incluyen los tiempos reducidos de las sesiones, la poca efectividad de los tratamientos la cantidad de pacientes que asisten al servicio y la permanencia prolongada de los mismos entre las observaciones más frecuentes.

Lo que se quiere con este trabajo es mejorar gradualmente este aspecto y poner en consideración “las atenciones protocolizadas de las patologías con más prevalencia” que con el tiempo se vuelven crónicas, que vienen siendo los puntos más álgidos en cuanto a atención en el servicio. Al lograr concluir este trabajo, los más beneficiados sería toda la población asegurada de la Institución, lograr recuperar la confianza y el prestigio del servicio.

CAPITULO IV

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La asistencia masiva de pacientes al servicio de fisioterapia constituye un problema que ocasiona hacinamiento y descontento en la población asegurada de la caja Nacional de Salud los mismos que son referidos de todas las regionales del departamento.

Los pacientes para su tratamiento deben asistir de forma continua en muchos de los casos hacer una larga espera para su atención, considerando que muchas patologías son crónicas y que requieren mayor tiempo de tratamiento aumenta así su permanencia en el servicio de fisioterapia.

No pudiendo realizar una evolución, tratamiento y seguimiento de los mismos por la misma sobrepoblación de pacientes, desencadena en un factor determinante para su estadía prolongada en el servicio.

Por la situación descrita anteriormente se propone incorporar el manejo de protocolos de tratamiento en fisioterapia para las patologías de más prevalencia en el servicio y las especialidades médicas que más requieren del servicio, Previo estudio estadístico de la misma.

Esta implementación nos permitirá mejorar la atención a los pacientes a través de un control más eficiente en la evaluación, tratamiento, evolución y seguimiento hasta que el paciente sea dado de alta del servicio. Asimismo se propone obtener mejores resultados en cuanto a tratamientos y tiempo de permanencia de los pacientes en el servicio.

CAPITULO V

5.- HIPOTESIS.

Esta implementación nos permitirá mejorar la atención a los pacientes a través de un control más eficiente en la evaluación, tratamiento, evolución y seguimiento hasta que el paciente sea dado de alta del servicio.

Identificar estadísticamente cuales son las especialidades Médicas que más pacientes transfieren al servicio de Fisioterapia.

Incorporar este sistema de protocolos de Tratamiento en Fisioterapia, permitirá limitar la permanencia y acumulación de pacientes en el servicio.

Por tanto, ¿Habrá una mejora en la atención del paciente en el servicio con un manejo eficiente en cuanto a evaluación tratamiento, evolución y seguimiento basándonos en los protocolos de tratamiento de patologías más prevalentes?.

CAPITULO VI

6.-OBJETIVOS DEL TRABAJO

6.1.-OBJETIVO GENERAL

Proponer al servicio de Fisioterapia de la Caja Nacional de Salud un modelo de Protocolo de Tratamiento en Fisioterapia para las patologías más prevalentes en miembro superior, miembro inferior y tronco en base a la estadística realizada de las patologías de más prevalencia en el servicio.

6.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Elaborar un trabajo estadístico de las gestiones 2011, 2012 y 2013 con relación a las especialidades que más pacientes transfieren al servicio, el número de pacientes de sexo masculino y femenino y de atención a asegurados rentistas y activos.
2. Conocer las especialidades Médicas que transfieren más pacientes al servicio de Fisioterapia.
3. Realizar un trabajo estadístico de las patologías de mayor prevalencia en (Miembro Superior, Miembro Inferior y Tronco).
4. Identificar la prevalencias de estas patologías en Miembro Superior, Miembro Inferior y Tronco.
5. Realizar una propuesta de protocolo de tratamiento para las patologías más prevalencia de columna, miembro superior y miembro inferior.

CAPITULO VII

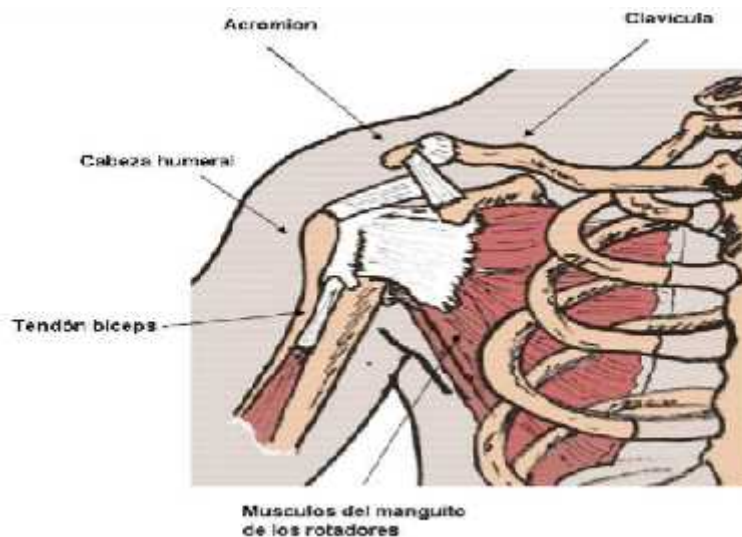
7.- MARCO TEORICO.

PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Se menciona conocimientos básicos de estas patologías.

7.1.- MIEMBRO SUPERIOR

7.1.1 HOMBRO DOLOROSO

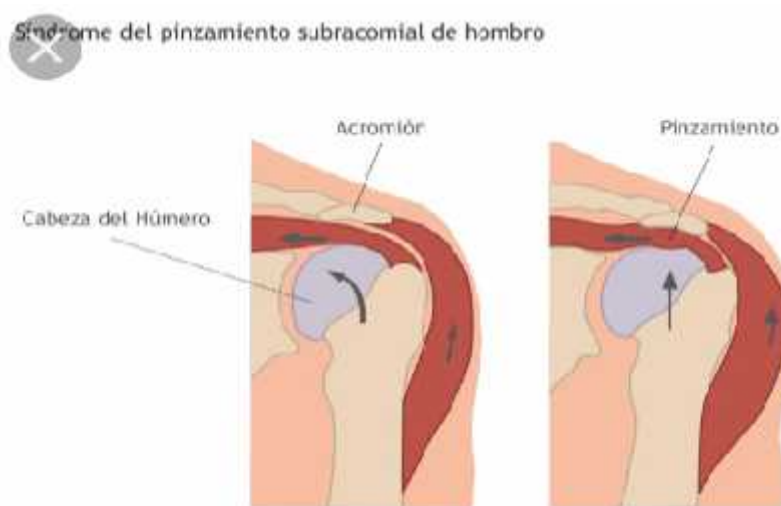


Los conceptos de omalgia hombro doloroso, periartritis escapulo-humeral son denominaciones que indican dolor y déficit funcional de hombro. La prevalencia de hombro doloroso constituye una de las causas más frecuentes de consulta y de transferencia al servicio de fisioterapia, entre las afecciones del sistema osteoarticular, afectando generalmente a pacientes entre la 3ra y 5ta década con antecedentes de esfuerzos traumáticos o con signos degenerativos locales, por la utilización del hombro y el brazo en tareas repetitivas, por levantamiento de cargas pesadas. Se define como aquel dolor que se sitúa en la región del hombro incluyendo las bursitis y las patologías tendinosas y las capsulitis que aparece con algunos movimientos del brazo y se considera a todas las estructuras de la cintura escapular que está constituida anteriormente por la clavícula y posteriormente por la escápula la clavícula se articula en su extremidad interna

con el esternón y la extremidad externa con el acromion . En la región posterior esta la escapula que nos presenta la apófisis coracoides escotadura escapular y la cavidad glenoidea para articularse al humero y formar la articulación glenohumeral en hombro.

El hombro doloroso es una de las consultas médicas más frecuentes, y llega a afectar al 25% de la población en algún momento de la vida. Es más frecuente en personas de edad avanzada o que realizan trabajos pesados.

7.1.2. PINZAMIENTO SUBACROMIAL

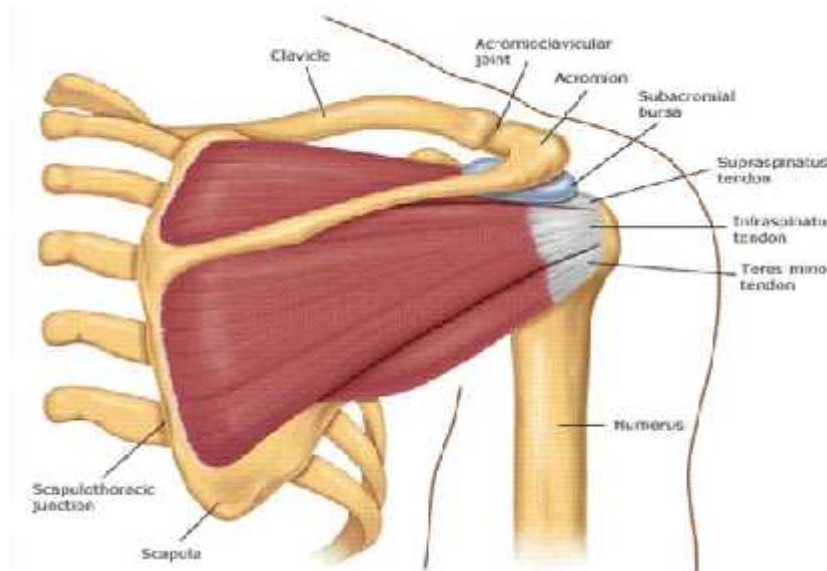


El pinzamiento sub acromial es una lesión en la que se inflama la bursa o los tendones del manguito rotador al producirse un conflicto de espacio con roce mecánico de los mismos contra el acromion. La bolsa sub acromial está localizada entre el acromion y el ligamento coracoacromial inferior y superiormente al tendón del musculo supraspinoso La bolsa subdeltoidea se localiza entre el musculo deltoides y el tubérculo mayor del humero y con frecuencia se continua con la con la bolsa subacromial por este motivo se acostumbra a referirse como estructura única.

Se produce típicamente al levantar o abducir el hombro, también con las rotaciones del hombro produciendo dolor mecánico y muchas veces postural

nocturno. Esta molestia puede ir acompañada de debilidad y producir rigidez en la articulación con el paso del tiempo.

7.1.3. LESION DEL MANGUITO ROTADOR



La causa común de dolor en el hombro es la lesión del tendón del manguito rotador que es la parte de hombro que ayuda al movimiento circular se manifiesta con dolor en la parte supero externa del hombro que puede irradiarse hacia el resto del brazo. Está formado por cuatro músculos supraespinoso infraespinoso subescapular y redondo menor.

Anatómicamente este grupo muscular tiene las siguientes características:

- Subescapular va desde la fosa subescapular para insertarse en la tuberosidad menor del humero tiene la función de estabilizar el hombro y la articulación glenohumeral es aductor y rotador inicial del brazo.
- Supraespinoso es un musculo triangular y voluminoso va de la fosa supra escapular al tubérculo mayor del humero considerado como musculo principal en el inicio de la abducción de brazo en los primeros 20°
- Infraespinoso ocupa la fosa infraespinosa y se dirige a la tuberosidad mayor del humero tiene la función de ser estabilizador de la articulación glenohumeral pero también actúa como adductor y rotador lateral de brazo.

- Redondo Menor está por debajo del Infraespinoso y va hasta el tubérculo mayor del humero es estabilizador de la articulación glenohumeral pero también actúa como adductor y rotador lateral de brazo.

7.1.4. EPICONDILITIS.-



Conocida también como codo de tenista es una patología caracterizada por dolor e inflamación situada en la cara externa de codo sobre el epicóndilo. Causada por la tensión mantenida y por sobreesfuerzos repetidos a nivel del tendón o traumatismo directo sobre la zona, las molestias pueden aparecer a nivel de la inserción muscular, en el hueso del codo o se pueden irradiar hacia los músculos del antebrazo y ocasionalmente hasta la muñeca. El paciente tiene dificultad para agarrar, girar o levantar objetos es por eso que los movimientos de la muñeca y mano pueden causar dolor en el codo. Esta patología no solo se puede ver en tenistas también se produce con algunas actividades profesionales, laborales o domésticas.

7.1.5. LUXACION DE CODO.-



El complejo articular del codo está compuesto por tres tipos de articulaciones sinoviales.

La articulación humero cubital está clasificada morfológicamente gínglimo y funcionalmente como uniaxial y permite los movimientos de flexión y extensión.

La articulación Humero-Radial es clasificada morfológicamente del tipo condilia y funcionalmente biaxial realiza los movimientos de flexión, extensión y rotación.

La articulación Radio-Cubital proximal clasificada morfológicamente del tipo trocoide uniaxial funcionalmente permite los movimientos de pronación y supinación.

La luxación de codo ocurre cuando los huesos que conforman la articulación son forzados fuera de su alineación normal, más típicamente cuando la persona cae sobre su mano extendida. Los niños pequeños pueden sufrir una luxación de codo, si son levantados o sucumbidos por sus brazos.

Si se sufre de una luxación de codo, la atención médica debe ser inmediata. Las complicaciones de este tipo de luxación pueden darse si el codo dislocado pincha o atrapa vasos sanguíneos que irrigan el antebrazo y la mano.

En la mayoría de los casos el codo puede ser realineado sin cirugía. Sin embargo, el impacto que causa el codo al luxarse también puede ocasionar fracturas que involucren la articulación, por lo que la intervención quirúrgica será necesaria.

7.1.6. FRACTURA DE CODO.-



El codo es una región compleja constituida por tres huesos a través de dos caras articulares en la extremidad inferior del humero se articula lateralmente con la cabeza del radio y medialmente la tróclea se articula con el cubito por la escotadura troclear. Posteriormente existe la fosa olecraneana en el humero que acomodará el olecranon del cubito limitando su trayectoria de extensión.

Es la fractura de uno o más huesos que forman la articulación de codo que a menudo es causada por un traumatismo directo (sobre la articulación) e indirecto por una caída con la mano en extensión.

Anatómicamente el codo es un complejo articular formado por tres articulaciones: Humero radial, humero cubital y radio cubital proximal, incluidas dentro de una misma cápsula con una sinovial común. Desde el punto de vista funcional la articulación del codo por excelencia es la trocleoartrosis humero cubital.

Tipos de Fracturas

- No desplazadas significa que el hueso está agrietado o fracturado pero permaneció en su lugar.

- Desplazada significa que las 2 extremidades del hueso fracturado se separan.
- Conminuta significa que el hueso está agrietado o roto en muchos pedazos.
- Abierta significa que el hueso fracturado atravesó su piel.

Signos y Síntomas.

- Dolor y sensibilidad inflamación y hematoma.
- Dificultad o incapacidad de mover el brazo o no poder mover el brazo en lo absoluto.
- Debilidad y entumecimiento en su codo, brazo o mano.
- Deformidad (su brazo tiene una forma distinta de lo normal).

Revisar la piel sobre su codo y brazo lesionados para ver si hay heridas en la piel. Tocar áreas de su brazo para determinar si usted tiene disminución de la sensibilidad. E revisar si hay problemas con los movimientos de su brazo.

Las radiografías se usan para revisar si hay huesos fracturados. Si no se encuentra una fractura en la radiografía, podrían significar que se necesita radiografías de varios ángulos para encontrar la fractura.

Tomografía Computarizada (TC) o una imagen por resonancia magnética (IRM) podrían mostrar la parte del hueso que está fracturada y si están involucrados otros tejidos. Es posible que le den un líquido de contraste para ayudar a ver mejor los huesos.

7.1.7. FRACTURA DE MUÑECA.-



Una fractura de muñeca es la fractura de uno o más huesos de la muñeca. La muñeca está compuesta por los dos huesos del antebrazo (radio y cúbito) y ocho huesos carpianos. Los carpianos conectan el extremo de los huesos del antebrazo con la base de los dedos.

Las dos fracturas de muñeca más comunes son:

La fractura de Colles: una fractura cerca del extremo del radio.

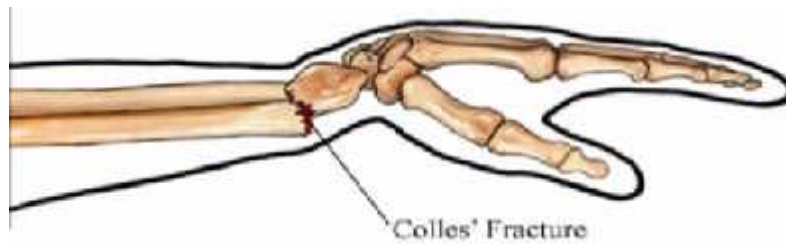
- Esta fractura es habitual en las personas mayores. Es mucho menos común en los niños y adolescentes.

Cualquier dolor en el piso de la tabaquera anatómica sugiere una fractura del escafoides¹ (un hueso ubicado en la muñeca, del lado del dedo pulgar, donde ésta se une al radio).

- Esta fractura es más común en personas jóvenes y activas. A veces, el escafoides también se llama hueso navicular.

1) Pág. 128 Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades, S. Hoppenfeld

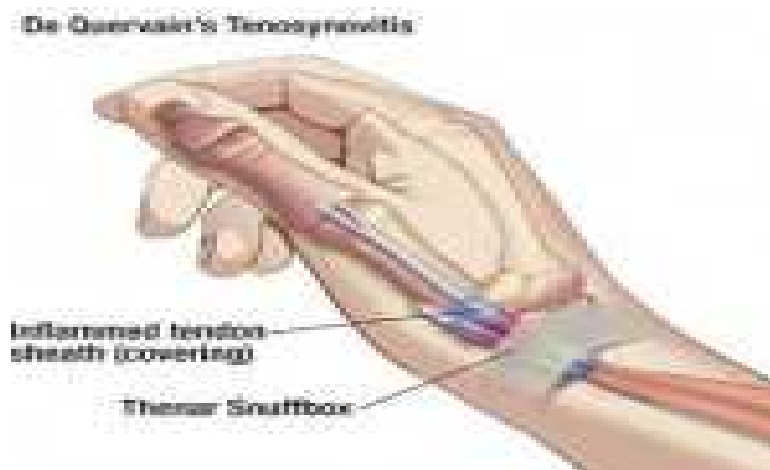
7.1.8. FRACTURA DE COLLES.-



La fractura de Colles es una fractura distal de la epífisis del radio a menos de 2.5 cm. De la articulación de muñeca (zona más cercana a la muñeca), extra articular, con desplazamiento en dirección dorsal y acortamiento radial. Clásicamente se describe una deformidad en “dorso de tenedor” de la muñeca.

Su incidencia es superior en mujeres, de entre 40 y 60 años, probablemente secundarios a cambios en la densidad ósea y a cambios hormonales. Las fracturas por osteoporosis (enfermedad sistémica caracterizada por una baja densidad ósea, que conlleva un aumento de la fragilidad y mayor facilidad para la presentación de fracturas) ocurren en zonas óseas ricas en hueso esponjoso como la región distal del radio, por ello las fracturas de Colles se producen en su mayoría por traumatismos moderados. En pacientes jóvenes la causa suelen ser accidentes de tráfico y/o laborales, y pueden revestir una mayor gravedad por ser traumatismos de alta energía. El 90% de las fracturas se producen por caídas sobre la muñeca en extensión.

7.1.9. TENDINITIS DE QUERVAIN.-



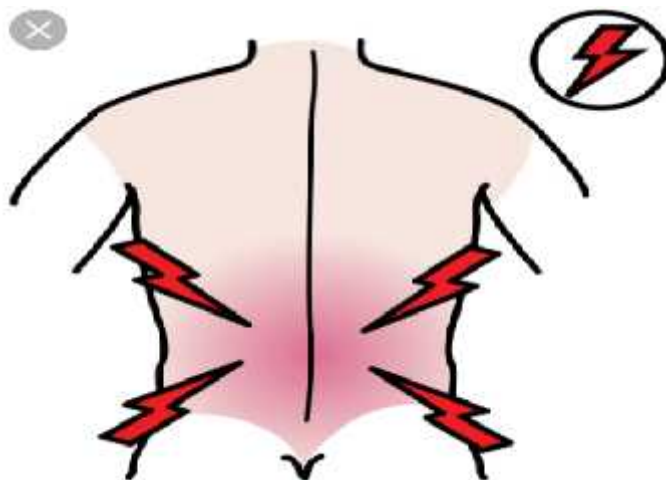
Los síntomas de la tendinitis de Quervain son dolor y molestias sobre la base del pulgar y en la cara palmar de la muñeca. El dolor es particularmente apreciable al realizar el movimiento de separar y extender el pulgar. Pueden que se origine cierta hinchazón en la zona, y que el pulgar cruja al moverse. Con el tiempo, los movimientos del pulgar se verán limitados.

La tendinitis de Quervain normalmente suele producirse al realizar actividades reiterativas tales como pulsar repetidamente la barra espaciadora de los teclados.

En el diagnóstico de la tendinitis de Quervain, el médico habrá de comprobar la inflamación y la rigidez. También puede que sea necesario un examen físico; el enfermo debe cerrar primero el puño (los dedos sobre el pulgar) y después doblar la muñeca en dirección hacia el dedo meñique. Si este movimiento provoca en el enfermo un fuerte dolor la prueba recibe el nombre de test de Finkelstein, este dolor es característico de la tendinitis de Quervain. Los rayos-X pueden ser utilizados de cara a descartar otros motivos del dolor tales como la artritis.

7.2.- TRONCO

7.2.1. LUMBALGIA.-

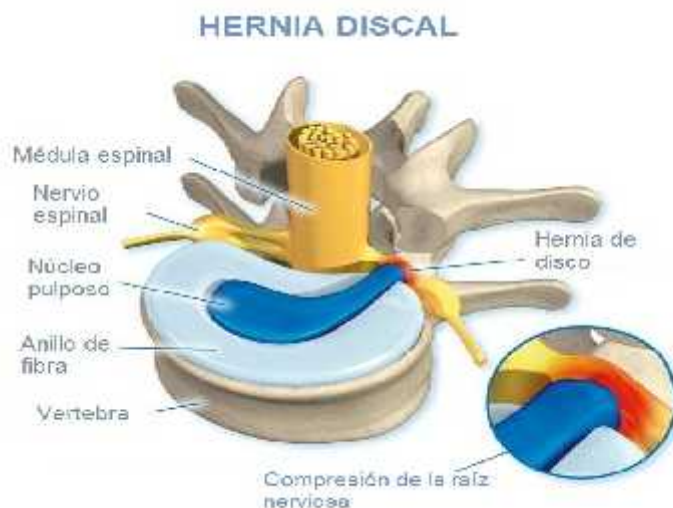


La lumbalgia es el conjunto de síntomas que causan dolor en la parte baja de la espalda, puede deberse a múltiples factores como un sobre esfuerzo o una mala postura mantenida. En ocasiones surge la aparición asociada de dolor en glúteo y parte posterior de la pierna. El 80% de la población puede tener al menos un

episodio de dolor lumbar en su vida. Es uno de los motivos más frecuentes de consulta médica y la 2ª causa de baja laboral.

No siempre puede establecerse un diagnóstico preciso de lesión específica de la columna vertebral o de la causa que puede estar provocando el dolor de espalda. No puede decirse que la lumbalgia sea una enfermedad, sino más bien se trata de un problema o un síntoma y puede deberse a múltiples factores como un esfuerzo excesivo o una mala postura. Es una enfermedad que afecta principalmente a la zona lumbar y según la Sociedad Española de Reumatología la causan alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras. La columna lumbar es el segmento final de la columna vertebral y la zona que soporta más peso. Por ello esta es la zona de la espalda donde, las lesiones son más frecuentes.

7.2.2. HERNIA DE DISCO.-



Es una Lesión en la que el núcleo pulposo del disco intervertebral se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión. Las más comunes suelen ser entre los segmentos Lumbares L4-L5 ó L5-S1 provocando la llamada "Ciática" o "Lumbalgia". Aunque también pueden aparecer entre C6-C7 Pueden ser contenidas (solo deformación, también llamada protrusión discal) o con rotura.

A medida que envejecemos, el disco se hace más plano y menos flexible, por lo que es más fácil de lesionar. En algunos casos, el núcleo pulposos puede empujar a través de una grieta en el exterior y dar lugar a una hernia (bulto) o rotura (desgarro). Existen diferencias entre protrusión discal y hernia discal. En la protrusión discal existe deformación del disco intervertebral pero el núcleo pulposos no se ha filtrado a través del anillo fibroso. En cambio, en la hernia discal, existe una rotura del anillo fibroso y un escape del núcleo hacia la parte exterior que provoca una mayor deformación.

Las hernias discales son más comunes en el cuello (columna cervical) y en las lumbares (columna lumbar). En la parte lumbar, los discos pueden llegar a ser dañados por un desgaste excesivo o una lesión.

7.3.- MIEMBRO INFERIOR

7.3.1. ARTROSIS DE CADERA.-



La coxartrosis o artrosis de cadera es la afectación degenerativa de la articulación de la cadera, formada por la cabeza del fémur y el cótilo o acetábulo, cavidad redondeada del hueso coxal, así como de una serie de inserciones musculares, ligamentos y la cápsula que envuelven a los dos huesos y evitan que se separen.

Puede aparecer de forma primitiva sobre una cadera normal o secundaria a malformaciones estructurales, (la mayoría presentes desde el nacimiento, o adquiridas), tras un traumatismo, infecciones u otras enfermedades metabólicas.

Las primeras son de evolución lenta, apareciendo los primeros síntomas a partir de los 60 años, y las segundas suelen tener una evolución más rápida.

La coxartrosis puede encontrarse en tres fases: incipiente, en las que hay poco dolor, a excepción de cuando se camina o se permanece de pie durante mucho tiempo; evolucionada, en las que el dolor ya es más persistente y aparecen rigideces (restricción de algunos de los movimientos) y posiciones incorrectas; y final, en las que el dolor es tan intenso que causa impotencia funcional (imposibilidad o mucha dificultad para caminar) y las posiciones incorrectas se han instaurado y no se pueden reducir.

7.3.2. PROTESIS DE CADERA.-

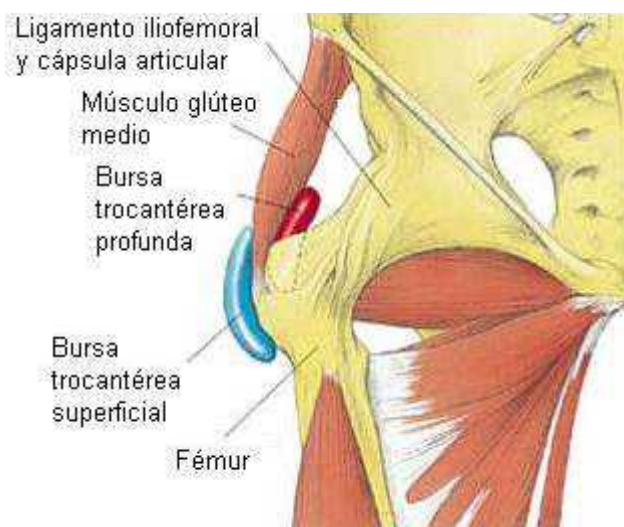


La sustitución total de la cadera (Prótesis total de cadera) es una operación dirigida a reemplazar la articulación de la cadera que está deteriorada, generalmente por artrosis. La articulación de la cadera es una articulación de tipo esférico. La esfera está formada por la cabeza del hueso del muslo (fémur) y se articula perfectamente con una cavidad que hay en la pelvis (acetábulo). La superficie de estos dos huesos está recubierta por una zona más suave y algo depreciable que se llama cartílago articular. La artrosis tiene lugar cuando el cartílago articular se desgasta, quedando sin protección el hueso subyacente. Esto produce aspereza y deformidad de la articulación, que dan lugar a dolor y

limitación de movimiento. Con frecuencia habrá cojera y la pierna puede quedar poco útil y algo más corta.

La operación de sustitución total de la cadera consiste en reemplazar la cabeza del fémur gastada por una esfera que va unida a un vástago o tallo (esto es lo que llamamos prótesis), y colocar en la cavidad de la pelvis (acetábulo) una cazoleta hecha de un plástico especial: polietileno. Estos dos componentes pueden ser fijados al hueso por un cemento especial llamado metil - metacrilato. En casos especiales se pueden usar otros tipos de vástagos o de prótesis. Esto dependerá del cirujano. Esta nueva articulación va destinada a quitar el dolor, disminuir la rigidez y, en muchos casos, restablecer la longitud de las piernas, por consiguiente, ayuda a mejorar la movilidad. Generalmente la artrosis de cadera es una enfermedad de personas mayores, pero también puede ocurrir en gente joven como consecuencia de artritis reumatoide, fracturas de cadera u otro tipo de problemas, como, por ejemplo, la necrosis de la cabeza del fémur.

7.3.3. TROCANTERITIS.-



La bursitis trocantérea, o trocanteritis, es la causa más frecuente de dolor procedente de las estructuras periarticulares de la cadera. A menudo pasa inadvertida, siendo diagnosticada como coxalgia inespecífica, fundamentalmente en pacientes mayores afectados de coxartrosis o como una irradiación radicular en la articulación.

La trocanteritis, como tal, es la inflamación de las bursas serosas que se sitúan en la extremidad proximal del fémur. Los pacientes suelen quejarse de dolor de cadera lateral, aunque la articulación de la cadera en sí no está involucrada. El dolor puede irradiar a la parte lateral del muslo.

Debido a que dichas bursas están rellenas de líquido sinovial, están expuestas a todos aquellos procesos de índole inflamatoria, que afectan a la cadera, como, por ejemplo, la artritis reumatoide. Sin embargo, la mayoría de las trocanteritis están causadas por micro traumatismos de repetición.

7.3.4. GONARTROSIS.-



Esta región está constituida por tres huesos Fémur (epífisis distal) Tibia (epífisis proximal) y Rotula. El complejo articular de rodilla es así considerado por obtener en su morfología numerosas estructuras que aseguran una perfecta funcionalidad. Sus cóndilos no son uniformes ni simétricos y poseen una convexidad anteroposterior es una articulación que posee los movimientos de flexión y extensión y rotación axial.

La gonartrosis es una afección articular crónica, degenerativa, progresiva, localizada en la rodilla, que resulta de eventos mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal de la articulación. William Hunter decía: “de

Hipócrates a la era presente es universalmente aceptado que el cartílago articular ulcerado es un asunto penoso y que una vez que ha sido destruido, éste no es reparado”.

Así, la gonartritis o gonartrosis es la más común y la más frecuente de las osteoartritis u osteoartrosis; afecta a pacientes de más de 40 años de edad, a ambos sexos, pero con mayor predominio a las mujeres. Por lo regular, su inicio es unilateral, con tendencia a hacerse bilateral con el paso del tiempo. La incidencia aumenta con la edad; por su condición de proceso degenerativo puede involucrar a cada uno de los tres compartimientos de la rodilla y puede afectar sólo a un compartimiento aislado, ya sea medial o lateral, los dos compartimientos o los tres.

La rodilla está dividida por un compartimiento medial o interno (platillo tibial y cóndilo femoral), compartimiento lateral o externo (platillo tibial y cóndilo femoral) y la articulación patelofemoral. La gonartrosis puede manifestarse en pacientes con subluxación de la rótula, condromalacia o asociada a una osteoartritis femorotibial; en forma secundaria puede afectar a personas con historia de traumas repetitivos, incluyendo fracturas, ruptura de meniscos, menisectomías.

7.3.5. DISFUNSION PATELOFEMORAL.-



El síndrome femoropatelar (SFP) o condromalacia rotuliana es el reblandecimiento y descomposición del tejido (cartílago) que recubre la parte inferior de la rótula. El cartílago rotuliano es un amortiguador natural y ayuda a la correcta movilidad de la articulación de la rodilla, reduciendo la fricción entre el fémur y la rótula.

El SFP es uno de los tipos más comunes de dolor en la rodilla, sobre todo entre deportistas, adolescentes activos, adultos y en las personas con trabajos físicamente exigentes. El síndrome femoropatelar afecta más a las mujeres y representa el 20%-25% por dolor en la rodilla.

El síntoma más común del SFP es el dolor anterior en la rodilla. Existen 4 grados o fases de la lesión, siendo el grado 4 el más grave. El síndrome femoropatelar causa generalmente:

- Dolor en la cara anterior de la rodilla
- Sensación de rozamiento o fricción cuando se flexiona o estira la rodilla
- Sensibilidad en la rodilla
- Inflamación

Este dolor se puede agravar cuando:

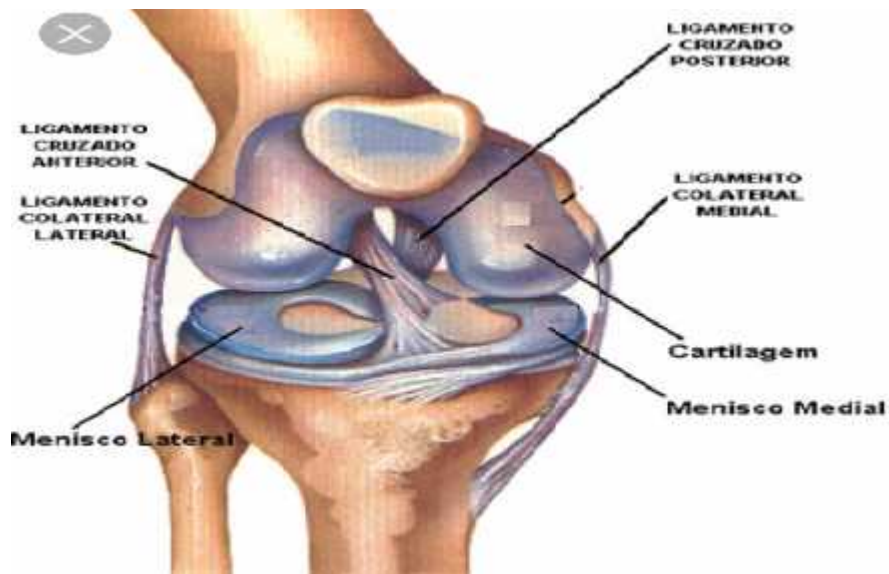
- Se suben o bajan escaleras
- Al arrodillarse o ponerse de cuclillas
- Cuando se está sentado con la rodilla doblada durante mucho tiempo

La degeneración del cartílago aparece cuando la rótula no se desplaza correctamente y roza contra la parte inferior del fémur. Este mal desplazamiento de la rótula puede ser debido a:

- Una mala alineación de la rótula
- Desviación del eje femoro-tibial. Los jóvenes con *genu valgo* (rodillas en X) tienen tendencia a sufrir esta lesión.

- Rigidez o debilidad de los músculos del muslo. El cuádriceps actúa como estabilizador de la articulación de la rodilla. Su debilidad o atrofia compromete en muchas ocasiones la correcta alineación de la rótula.
- Lesión traumática en la rótula (fractura, luxación).
- Sobreuso y estrés de la articulación de la rodilla en la actividad laboral o deportiva (correr, saltar, danza, esquí, fútbol, etc.)
- Pies planos.
- Procesos degenerativos de la rodilla (artrosis, artritis).

7.3.6. LESION DE LIGAMENTOS.-



La rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) es una lesión en la rodilla que suele afectar a los jugadores de fútbol, jugadores de baloncesto, esquiadores, gimnastas y otros atletas. Alrededor del 70% de las roturas del LCA son el resultado de lesiones sin contacto, el otro 30% son el resultado de un contacto directo (jugador contra jugador, jugador contra objeto). Las mujeres tienen entre 4-6 veces más de probabilidades que los hombres de sufrir una rotura del LCA.

Por lo general, la persona será examinada de inmediato por un fisioterapeuta o un traumatólogo tras la lesión la mayoría de las personas que sufren una rotura del

LCA se someten a cirugía para reparar la rotura, sin embargo, algunas personas pueden evitar la cirugía mediante la modificación de su actividad física. De hecho, algunos pacientes pueden volver a la actividad física intensa sin someterse a cirugía, tras un período de rehabilitación.

7.3.7. TENDINITIS PATELAR.-



La patela femoral es un hueso sesamoideo voluminoso con un vértice distal y base proximal localizado anteriormente en la rótula presenta dos superficies articulares separadas por una cresta que entra en los cóndilos del fémur en la flexión de la rodilla siendo la cara lateral mayor en su cara anterior es áspera sirviendo de fijación para el tendón del cuádriceps o tendón rotuliano.(118)

La tendinitis patelar es la inflamación del tendón patelar o rotuliano, que conecta la rótula con el hueso de tibia.

También se le conoce con el nombre de “**rodilla del saltador**” y es común que se presente en aquellas personas que practican deportes involucrados con saltos como el baloncesto o voleibol, aunque también la pueden presentar aquellos que practiquen ciclismo.

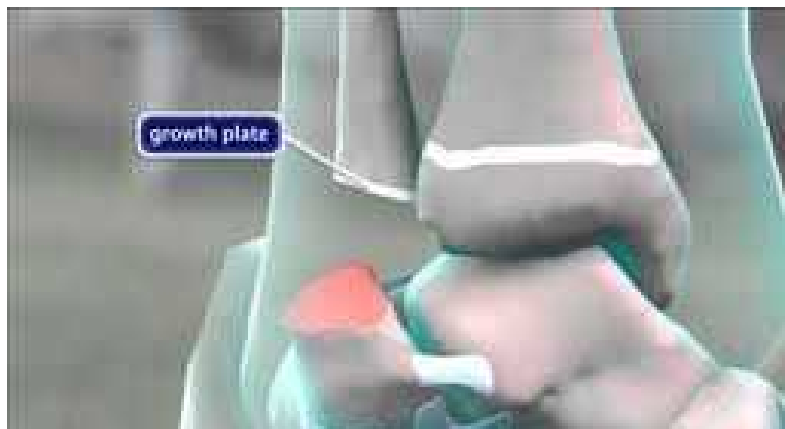
7.3.8. ESGUINCES (TOBILLO Y PIE).-



El esguince es una distensión, ruptura parcial o total del ligamento.

El ligamento sirve como estabilizador de una articulación, en este caso el tobillo se tuerce hacia un lado u otro produciéndose una rotura de ligamentos o esguince. El mecanismo de inversión forzada del pie produce lesiones por tracción, sobre todo cuando existe una lesión del complejo ligamentoso externo, pero no es el único mecanismo lesional existente, ya que puede asociarse también lesiones por contusión que provocan lesiones directas sobre el ligamento.

7.3.9. FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ (TOBILLO Y PIE).-



Se considera como fractura de la diáfisis de la tibia, aquella que ocurre entre dos líneas imaginarias: la superior coincidente con el plano diáfisis-metafisiario proximal, y la inferior con el plano diáfisis-metafisiario distal.

Las fracturas que ocurren por encima de este límite superior, corresponden a fracturas de la metáfisis superior de la tibia, o de los platillos tibiales; cuando ocurren por debajo del límite inferior, corresponden a fracturas de la metáfisis distal o del pilón tibial; más hacia abajo ya son fracturas epifisiarias (tobillos).

- La tibia, destinada a soportar la carga del peso, tiene extensas áreas desprovistas de inserciones musculares, lo que determina una pobreza vascular; sobre todo ello es notorio en la mitad distal del hueso.
- El rasgo de fractura del 1/3 medio o distal, con frecuencia compromete la arteria nutricia del hueso, agravando aún más el déficit vascular.
- La metáfisis inferior presenta una vascularización aún más empobrecida, si consideramos que a ese nivel la arteria nutricia está terminando en su distribución, y a ella no alcanza la vascularización epifisiarias distal.
- Está recubierta por cara antero-interna sólo por el tegumento cutáneo. El rasgo de fractura oblicuo o helicoidal, con suma frecuencia desgarra la piel como un cuchillo.
- Con frecuencia la fractura es el resultado de un traumatismo violento y directo; sorprende a la piel contra el plano óseo, duro, subyacente. Se desgarra la piel y se fractura el hueso.
- La acción de los músculos de la pierna es muy poderosa. En caso de fracturas de rasgo oblicuo o helicoidal (inestables), los músculos ejercen una acción contracturante intensa; ello determina que estas fracturas sean de muy difícil reducción y extremadamente inestables.
- La membrana interósea, fuerte septum fibroso, fijo a la tibia y peroné desde sus extremos superior al inferior, le confiere una fuerte fijeza a los fragmentos de fractura, limitándose su desplazamiento axial y lateral.

Sobre esta concepción anátomo-funcional se sustenta la seguridad de la estabilidad recíproca entre los fragmentos de fractura entre sí y con el peroné.

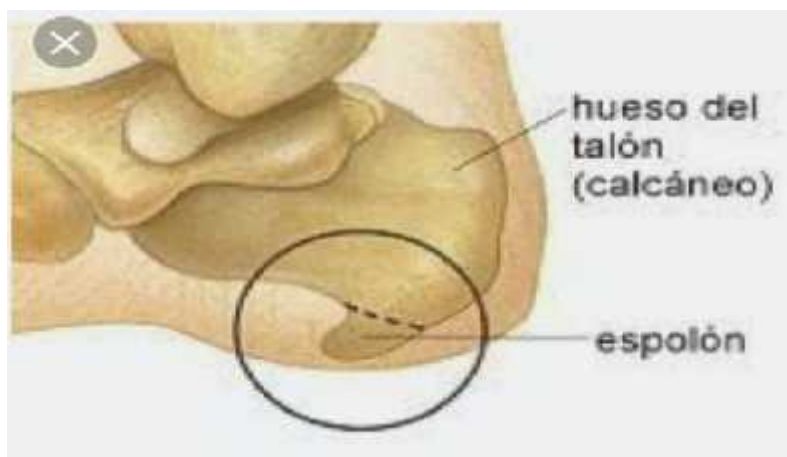
La firme solidaridad conferida a los extremos óseos por la membrana interósea, cuando queda intacta después de la fractura, es lo que le confiere la mayor confiabilidad al procedimiento terapéutico preconizado por Sarmiento.

Constituido por al menos 26 huesos, 34 articulaciones y 13 músculos distribuidos por el dorso del pie y tres capas en la región plantar con esa riqueza de estructuras en una pequeña región del pie es capaz de alterar su forma en un paso único bien sea sustentando el pie del cuerpo o moldeándose en superficies articulares

El tobillo es una de las estructuras de mayor movilidad y soporte de peso del cuerpo humano. Como resultado de su demanda funcional y estructural es una zona de lesión habitual. Existen diferentes formas de afectación de la patología del tobillo entre las que se encuentran la alteración ósea, articular y/o de partes blandas. Las afectaciones de tobillo presentan un motivo frecuente de consulta al servicio de fisioterapia, siendo entre el 5% al 8% de los procesos remitidos a fisioterapia de atención primaria.

En una fractura de tobillo tratada por operación raras veces hay complicaciones como coágulos sanguíneos (trombosis), embolias, así como lesiones de los nervios y vasos sanguíneos. Asimismo, posibles consecuencias de las fracturas de tobillo son las infecciones de la articulación y de la herida, con restricción permanente del movimiento

7.3.10. ESPOLÓN CALCÁNEO.-



Un espolón calcáneo es una protuberancia ósea que desarrollan algunas personas en el punto de inserción de un tendón (aponeurosis) en el calcáneo, un hueso del tarso. El espolón puede derivar en una inflamación del tejido circundante y provocar, por tanto, los dolores característicos. Por otra parte, una inflamación previa también puede desembocar en la aparición de un espolón calcáneo.

Los espolones calcáneos aparecen principalmente en dos áreas diferentes del pie: debajo del talón (espolón calcáneo inferior o espolón calcáneo plantar) y en la inserción del talón de Aquiles (espolón calcáneo superior, deformidad de Haglund o exostosis de Haglund; exostosis = protuberancia ósea).

7.3.11. FASCITIS PLANTAR.-



La Fascitis plantar es una inflamación de la fascia plantar. Se trata de una lesión por sobreuso que causa dolor en el talón, pudiendo irradiar a la parte anterior del pie. La fascitis plantar también se conoce como espolón calcáneo aunque no son estrictamente lo mismo. Un espolón es un crecimiento óseo que se desarrolla en el inicio de la fascia plantar en su inserción en el hueso del talón (calcáneo). Esto puede ocurrir (por tracción repetitiva de la fascia plantar) en un pie sin ningún síntoma y, a su vez, un talón doloroso puede no tener presente el espolón. La fascia plantar es una banda ancha, gruesa de tejido fino que discurre por la planta del pie desde el talón (ver imagen). A veces puede producirse una rotura en el origen del ligamento transversal que puede causar inflamación y dolor. Su

palpación es difícil porque están cubiertas por bandas aponeuróticas, cojines de grasa y callosidades².

Se ha considerado a las patologías de mayor prevalencia en miembro superior, miembro inferior y tronco resultado del trabajo estadístico realizado.

7.4. PROPUESTA DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO.-

| “PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE HOMBRO DOLOROSO” |
|---|
| <p>EVALUACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Implica evaluar toda la cintura escapular en el area articular y muscular * Presencia de limitación articular acromio humeral , costoclavicular, extremidad acromial de la clavícula * Localización de puntos gatillo * Presencia de contracturas musculares |
| <p>1º Etapa de Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> *Terapia Analgesia *Electroterapia T.E.N.S Diadinamicas *Terapia Antinflamatoria *Magnetotrapia 100Hz 200 Gaus Ultrasonido *para procesos cronicos Onda Corta Tecaterapia |
| <p>2º Etapa de Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> *Terapia Antinflamatoria *Magnetoterapia 80 Hz 50 Gaus Ultrasonido pulsatil Laser *Fortalecimiento muscular Electrogimnasia corrientes rusas Diadinamicas (L. P) *Cinesioterapia pasiva movilizacion y flexibilización de rangos y capsula articular *Cinesiterapia activa Ejercicios activos de la musculatura de la cintura escapular |
| <p>3º Etapa de Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> *Fortalecimiento Muscular *Electrogimnasia Corriente Rusas *Cinesioterapia Activa flexibilización musculo tendinosa ejercicios activos con resistencia. *Readapatación a sus actividades cotidianas |
| <p>RECOMENDACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Evitar movimientos bruscos * Recargar esfuerzos sobre el brazo afectado |

2) Pág. 368 Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades, S. Hoppenfeld

PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA DE LESIÓN DE MANGUITO ROTADOR

EVALUACION:

- *Alteraciones degenerativas o desgarros producen restricción de los movimientos de Hombro sobre todo el de abducción pero se debe evaluar todos los rangos articulares de la articulación de hombro
- *Identificar puntos dolorosos
- *Palpación del tendón del manguito rotador en posición anatómica modificada
- *Evaluación de contracturas musculares de supraespinoso , Infraespinoso, Redondo mayor (SIR) y sub escapular.

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia Antialgica
- *Electroanalgesia Corrientes interferenciales Diadinamicas
- *Terapia Antiinflamatoria -Ultrasonido pulsatil
- * Laser
- * Magnetoterapia 80 Hz 50 Gaus

2° Etapa de Tratamiento

- *Terapia Antiinflamatoria Laser Ultrasonido pulsatil
- * Cinesioterapia pasiva tecnicas de elongación y flexibilizacion musculo tendinosa
- *Termoterapia Infrarojo, compresas calientes
- *Fortalecimiento muscular Corrientes rusas electrogimnasia

3 ° Etapa de Tratamiento

- *Cinesiterapia activa con elongaciones y flexivilizaciones musculo- tendinosas recuperación de rangos articulares
- *Fortalecimiento muscular Electrogimnasia ejercicios activos con resistencia
- *Adaptación a sus actividades de la vida diaria.

RECOMENDACIONES:

- *El paciente debe tener cuidado con actividades repetitivas sobre el tendón o esfuerzos prolongados
- * Retomar sus actividades progresivamente

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE PINZAMIENTO SUB ACROMIAL”

EVALUACION:

- *Palpar por debajo del borde del acromión hasta el musculo deltoides, se debe hacer con cuidado por que esta region se vuelve sensible si hay una bursitis.
- *Buscar crepitaciones que se manifiestan cuando hay engrosamiento de la bolsa.
- *Presencia de limitación de rangos articulares de hombro
- *Presencia de contracturas musculares en cintura escapular mayor observación en el lado afectado
- *Ubicación de puntos dolorosos (puntos gatillo)

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antialgica - Electroterapia Interferenciales Diadinamicas
- *Magnetoterapia 35 Hz 190 Gaus
- *Ultrasonido de preferencia pulsatil
- *Laser

2° Etapa de Tratamiento

- *Fortalecimiento muscular -Electrogimnasia - corrientes rusas E.M.S.
- *Cinesioterapia - recuperación de rangos articulares flexivilización musculotendinosa
- *Mecanoterapia Poleas, Rueda de Pared

3° Tercera etapa de tratamiento

- *Cinesioterapia Activa
- *Fortalecimiento muscular ejercicios pasivos progresivo a activos (theraban)
- *Mecanoterapia rueda de pared, poleas

RECOMENDACIONES:

- * Evitar esfuerzos con sobrecarga en el brazo.
- * Evitar movimientos bruscos en el segmento.
- *evitar golpes directos sobre el brazo

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE EPICONDILITIS”

EVALUACION:

- * Inflamaciones localizadas en epicondilo(tumefacción)
- * Palpación (en región lateral con relación al acromión) contracturas musculares
- * Prueba de Fuerza muscular
- * Realizar la prueba (codo de tenista)
- * Irradiación del dolor

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antiinflamatoria Ultrasonido pulsatil
- * Laser desinflamante
- * Magnetoterapia 25 Hz 40 gaus
- * Iontoforesis
- * Electroterapia Interferenciales T.E.N.S. Diadinamicas
- * Cinesiterapia Pasiva Elongaciones musculotendinosas (musc. Epicondilos)

2° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antiinflamatoria
- *Ultrasonido Laser
- *Electrogimnasia Corrientes Rusas E.M.S
- *Termoterapia superficial
- *Masoterapia relajane decontracturante
- *Cinesioterapia Activa Uso de therabant

3° Etapa de tatamiento

- * Electrogimnasia Corrientes Rusas
- * Termoterapia Superficial
- * Masoterapia Relajante
- * Cinesioterapia Activa
- * Mecanoterapia ejercicios con resistencia

RECOMENDACIONES:

- * Retomar sus actividades progresivamente de acuerdo a la edad reacondicionar sus actividades de casa trabajo
- * Evitar movimientos repetitivos en el tendon

"PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE LUXACIÓN DE CODO"

EVALUACION: *Antecedentes de tratamiento Medico si es tratamiento quirurgico o conservador
*Palpación de las articulaciones humero cubital, humero radial ,y radio cubital
*Palpación de tejidos blandos tendones ligamentos capsula articular ubicar contracturas de la musculatura de brazo,antebrazo y mano.
*Localizar puntos dolorosos
*Realizar Goniometria en Hombro, codo antebrazo y mano localizar crepitaciones
*Evaluación de la fuerza muscular de mano antebrazo y brazo
*Evaluación de lesiones Neurologicas

1° Etapa de tratamiento

*Electroanalgesia T.E.N.S Diadinamicas
*Magnetoterapia desinflamante 100 Hz 200 Gauss ; regenerante oseo 70 Hz 50 Gauss
*Termoterapia Profunda o Superficial
* Aplicación de Taping Neuromuscular para reparación de tejidos blandos

2° Etapa de Tratamiento

*Electroestimulación elctrogimnasia Corrientes Rusas Diadinamicas Largos Periodos
* Termoterapia Profunda o superficial Humedo calientes, Parafina
* Cinesioterapia recuperación de rangos articulares de forma progresiva
*Mecanoterapia Asistida progresiva

3° Etapa de tratamiento

*Electrogimnasia por grupos musculares
* Termoterapia superficial o profunda parafina Onda corta (previa evaluación de osteosintesis)
*Cinesioterapia activa con resistencia progresiva permebilización articular
*Mecanoterapia Polioterapia uso de Terabant
*Readaptación a sus labores de trabajo y a sus actividades de la vida diaria

RECOMENDACIONES:

* Mientras se esta en tratamiento se recomienda mantener los avances en cuanto a la gonometria en casa
* Si bien se da una rutina de ejercicios a domicilio el paciente no debe exeder los mismos
* Si se sospecha de lesión nerviosa se debe remitir al medico tratante lo antes posible.

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE FRACTURA DE CODO”

EVALUACION: *Tratamiento médico cirugía (osteosintesis) conservador. (inmovilización)

- * Nivel de la fractura intraarticular o periarticular
- *Evaluación y palpación de tejido oseo Troclea Epitroclea Olecranon Diafisis Humero radio cubito
- *Palpación de tejido blando contracturas tumefacción edema en tendones ligamentos musculos
- *Realizar goniometria de hombro, antebrazo,codo y mano
- *Evaluación de la fuerza muscular brazo, antebrazo y mano
- *Evaluación de Lesiones Neurologicas

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antialgica
- *Electroterapia T.E.N.S Endorfinico
- * Magnetoterapia - Regeneracion Osea 70Hz 50 Gauss
- *Ultrasonido o Laser desinflamante
- * Calor Superficial Infrarojo
- *Aplicación de Taping Neurofacial

2° Etapa de Tratamiento

- * Electroterapia fortalecimiento Muscular
- * Magnetoterapia regeneracion osea 70Hz y desinflamación 25 Hz 40 Gauss
- *Termoterapia Superficial Compresas humedocalientes Parafina
- *Cinesioterapia tecnicas para recuperar rango articular

3° Etapa de Tratamiento

- *Electrogimnasia en grupos musculares
- *Magnetoterapia desinflamacion 25 Hz 40 Gauss
- *Termoterapia superficial - Compresas humedo calientes - Parafina
- *Cinesioterapia ejercicios progresivos (Isometricos-Pasivos-Activos)
- *Mecanoterapia ejercicios con resistencia

RECOMENDACIONES:

- * Mantener los progresos obtenidos de la terapia en la casa
- * No realizar esfuerzos innecesarios ni excesivos en la articulación
- * Evitar golpes directos en la articulación

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE FRACTURA DE COLLES”

EVALUACION:

- * Tratamiento medico realizado (conservador - Cirugia)
- *Evaluación de Partes blandas piel presencia de edema, Hematomas, tumefacción (extensión)
- *Goniometria en codo antebrazo, muñeca y mano
- *Evaluación de la fuerza muscular de brazo. antebrazo muñeca mano
- *Evaluación neurologica periferica (lesión de nervio radial cubital)

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antiinflamatoria
- *Electroanalgesia Diadinamicas T.E.N.S
- *Magnetoterapia estimulación a la regeneración osea 70Hz 50 Gauss y de partes blandas 25 Hz 40 Gauss
- *Hidroterapia

2° Etapa de Tratamiento

- *Electroanalgesia T.E.N.S. Endofinico Diadinamicas
- *Magnetoterapia estimulación de partes oseas y blandas 70 Hz 50 Gauss
- *Termoterapia Superficial Humedocaliente - parafina, compresas
- *Cinesioterapia Movilizaciones pasivas progresivas a activas
- *Fortalecimiento muscular -Electrogimnasia

3° Etapa de Tratamiento

- *Fortalecimiento Muscular Electrogimnasia Corrientes Rusas
- *Cinesioterapia activa recuperar la permeabilidad articular de antebrazo,muñeca y mano
- *Mecanoterapia - Ejercicios con pelota, teraban

RECOMENDACIONES:

- *Evitar golpes directos sobre la lesión
- *Evitar movimientos bruscos en mano muñeca
- *No realizar ejercicio excesivo en el segmento lesionado
- * En el tiempo de tratamiento, hacer caso de las indicaciones del terapeuta

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO TENDINITIS DE QUERVAIN ”

EVALUACION:

- * Palpación de superficies oseas(apofisis cubito A. estiloides del radio)
- *Palpación de partes blandas Tendones abductor largo del pulgar , extensor corto del pulgar
- *Puntos de dolor tumefacción , inflamación en Cara externa de muñeca,
- * Dolor a los movimientos de desviación cubital de muñeca flexión, extensión del dedo pulgar articulación trapecio-metacarpiana
- *Evaluación de rangos articulares de muñeca, trapeciometacarpiana e Interfalangica

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antiinflamatoria
- *Ultrasonido (pulsatil)
- * Laser
- *Electroanalgesia T.E.N.S Diadinamicas
- *Magnetoterapia 80 Hz 50 Gaus

2° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antinflamatoria
- *Termoterapia Profunda(Onda Corta T.E.C.) o superficial
- *Cinesioterapia Tec. de recuperación de rangos articulates
- *Taping Neurofacial

3° Etapa de Tratamiento

- *Electrogimnasia EMS. Corrientes Rusas
- *Cinesiterapia pasiva progresiva a activa
- *Mecanoterapia activa resistida- uso de therabant

RECOMENDACIONES:

- *Evitar movimientos repetitivos en el tendon
- *Reposo relativo en la articulación trapeciometacarpiana y metacarpofalangica de mano
- *Limitar los movimientos discriminados de oposición del dedo pulgar

"PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN LUMBALGIAS"

EVALUACIÓN:

- *Evaluación de partes blandas Contractura muscular
- *Evaluación de superficies óseas alineación y curvatura lumbar
- * Movilidad articular flexión lateralidad y rotaciones de columna lumbar
- * Ubicación de puntos gatillo
- *Evaluación del tipo de dolor y su trayecto (urente , punzante)
- *Evaluación de dermatomas y trayectos nerviosos

1º Etapa de Tratamiento

- *Terapia antialgica
- *Electroterapia: Interferenciales T.E.N.S. Diadinamicas
- *Magnetoterapia 25 Hz 150 Gauss
- *Termoterapia Profunda: Onda Corta Transferencia Electrica Capasitiva indirecta

2º Etapa de Tratamiento

- *Magnetoterapia (desinflamación,25 Hz 40 Gaus descontracturar 5Hz 100 Gaus)
- *Laser (Puntos Gatillo)
- *Termoterapia superficial o Profunda (onda Corta Transferencia Electrica capasitiva T.E.C)
- *Tecnicas Manuales P.O.L.D.

3º Etapa de Tratamiento

- *Electrogimnasia Fortalecimiento de paravertebrales y abdominales
- *Tecnicas manuales P.O.L.D.
- *Aplicación de Taping Neurofacial Para estabilizar columna lumbar
- *Cinesioterapia progresiva de pasiva a activa-asistida (pelota. terabant)

RECOMENDACIONES:

- * Disciplina del paciente en la terapia
- *Evitar realizar esfuerzos con pesos
- *Evitar movimientos bruscos de flexión y rotación

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE HERNIA DE DISCO”

EVALUACION:

- *Antecedentes del tratamiento Medico (cirugia) presencia de osteosintesis
- *Evaluación de Partes Blandas presencia de edema,Hematoma, tumefaccion
- *Evaluación Neurológica - delimitar lesiones nerviosas, hipoestesia , paraestesia paraparesia
- *Ubicación de puntos gatillo
- *Evaluación de la fuerza muscular y permeabilidad articular de columna lumbar y MM inferiores
- * Evaluación Postural

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia Antialgica
- *Electroanalgesia T.E.N.S Interferenciales Diadinamicas
- * Termoterapia Profunda Transferencia Electrica Capacitiva, Onda Corta
- *Aplicación de Taping Neurofacial
- *Electroterapia para denervado (trapezoidal, rectangular y triangular)

2° Etapa de Tratamiento

- *Terapia Antialgica
- *Termoterapia Profunda Onda Corta Transferencia Electrica Capacitiva
- *Magnetoterapia intinflamatoria 40 Hz 180 Gaus
- *Electroanalgesia Corrientes Interferenciales Diadinamicas
- *Tecnicas Manuales P.O.L.D.

3° Etapa de Tratamiento

- *Fortalecimiento muscular
- *Electrogimnasia (Corrientes Rusas E.M.S.)
- *Cinesioterapia pasiva
- *Tecnicas manuales de Estiramiento muscular P.O.L.D.

RECOMENDACIONES:

- * Evitar el sobrepeso
- *Reducir esfuerzos directos sobre la columna
- *No levantar peso adicionales
- *Evitar marchas prolongadas

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE ARTROSIS DE RODILLA”

EVALUACION:

- *Evaluación Estática en bipedestación (Genu varo, valgo recurbatun)
- *Evaluación Dinámica (el equilibrio tipo de marcha puntos de apoyo uso de auxiliares de marcha)
- * Palpación de puntos dolorosos edemas cicatrices, trofismo temperatura coloración
- *Goniometría , permeabilidad articular de rodilla tobillo y cadera
- * Balance muscular de cadera rodilla tobillo buscar desequilibrios y contracturas musculares
- * Evaluar asimetría y deformaciones en miembros inferiores

1º Etapa de Tratamiento

- * Terapia antiálgica
- *Magnetoterapia Antiinflamatoria 100Hz 80 Gaus
- *Electroterapia analgésica Diadinámicas, Interferenciales , T.E.N.S
- *Láser para puntos gatillo
- *Aplicación de taping Neurofacial

2º Etapa de Tratamiento

- *Magnetoterapia Regeneración 25 Hz 50 Gaus
- *Electroterapia antiinflamatoria y Fortalecimiento muscular
- *Cinesioterapia pasiva , Permeabilidad articular y muscular
- * Masoterapia descontracturante

3º Etapa de Tratamiento

- * Electrogimnasia Fortalecimiento Muscular, Articular
- *Cinesioterapia pasiva permeabilidad articular -muscular
- *Cinesioterapia Activa Ejercicios de Elongación Fortalecimiento muscular de miembros inferiores
- *Mecanoterapia uso de planos inclinados Gradas uso de theraband progresivo

RECOMENDACIONES

- *Evitar Marchas Prolongada
- *Alternar posturas prolongadas en flexión y extensión
- *Controlar el peso corporal
- *Minimizar el gasto articular
- *No levantar pesos adicionales

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE PROTESIS DE CADERA”

EVALUACION:

- *Indagar sobre el post operatorio el uso de silla de ruedas , burrito, muletas
- *Evaluación de partes blandas extención de cicatris, hematomas, edema contracturas retracciones
- *evaluación de rangos articulare de cadera rodilla tobillo comparativo
- *Evaluación de la fuerza muscular, trofismo de cadera muslo y pierna (comparativo)
- *Evaluación de Asimetria en miembros inferiores

1° Etapa de Tratamiento

- *Terapia Antialgica Diadinamicas T.E.N.S.
- *Magnetoterapia 25 Hz 40 Gaus
- *Tratamiento de partes blandas (hematomas, edema, adherencias)
- *Cinesioterapia (movilizaciones pasivas en cadera, rodilla tobillo)
- *Ejercicios isometricos
- * Aplicación de taping Neurofacial para lesión de tejidos blandos

2° Etapa de Tratamiento

- *Electroterapia relajante
- * Mecnioterapia Regeneración de tejido oseo, 70 Hz 50 Gauz
- *Electrogimnasia fortalecimiento ennmiembros infeiores
- *Cinesioterapia pasiva progresiva a activa (transferencia de peso). reeducación de marcha con auxiliar en secuencia burrito muleta baston

3° Etapa de Tratamiento

- *Electrogimnasia fortalecimiento muscular en miembro inferior
- *Cinesioterapia reeducación de marcha libre, ejercicios con resistencia
- *Mecnioterapia bicicleta ergometrica cinta sin fin therabant

RECOMENDACIONES:

- *No sobresaturar la articulación con ejercicios y esfuerzos
- *Evitar sentarse en asientos bajos
- * No girar o rotar hacia adentro el segmento operado

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO TROCANTERITIS DE CADERA”

EVALUACION:

- *Indagar antecedentes post Operatorio, sobre peso, golpes directos caidas
- *Evaluación de partes blandas - edemas, hematomas retracciones contracturas
- *Evaluación de rangos articulares de cadera, rodilla y tobillo comparativo con el lado sano
- *Evaluación de la fuerza muscular de cadera Rodilla y tobillo comparativo con el lado sano
- * Ubicación de puntos gatillo
- * Evaluación de la marcha

1° Etapa de Tratamiento

- * Terapia antialgica
- *Laser
- *Ultrasonido pulsatil
- *Electroanalgesia interferenciales T.E.N.S
- *Tranferencia Electrica Capacitiva

2° Etapa de Tratamiento

- *Terapia antialgica relajante
- *Cinesioterapia Elongación musculo tendinosa movilización pasiva de cadera
- *Electrogimnasia EMS Corrientes Rusas
- * Aplicación de Taping Neurofacial

3° Etapa de Tratamiento

- *Cinesioterapia activa progresiva a resistida
- *Mecanoterapia Ejercicios con Therabant progresivo

RECOMENDACIONES:

- * Evitar apoyo directo sobre el trocanter mayor
- * Evitar las marchas prolongadas
- * Acciones repetitivas sobre el tendón

“PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE DISFUNCIÓN PATELOFERMORAL”

EVALUACION:

- *Evaluación de inflamación edema Hematoma a nivel de la rotula
- *Evaluación de puntos gatillo en rodilla
- * Valoración de rangos articulares de rodilla y rotula
- * Valoración de fuerza muscular del cuadriceps
- * Evaluación de la marcha y desequilibrios musculares

1º Etapa de Tratamiento

- *Terapia antiinflamatoria
- *Ultrasonido Pulsatil
- * Laser puntual
- * Electroanalgesia Diadinamicas T.E.N.S

2º Etapa de Tratamiento

- *Electroanalgesia T.E.N.S diadinamicas
- * Electrogimnasia Diadinamicas, largos periodos Corrientes Rusas
- * Cinesioterapia Pasiva Elongación y flexibilización musculotendinosa
- * Aplicación de Taping Neurofuncional

3º Etapa de tratamiento

- * Electrogimnasia
- *Fortalecimiento musculotendinoso
- *Cinesioterapia pasiva progresiva Activa
- *Mecanoterapia ejercicios con therabant
- *Bicicleta estacionaria - Mesa de cuadriceps

RECOMENDACIONES:

- *Evitar movimientos de maxima flexión de rodilla
- *No realizar movimientos repetitivos sobre tendón rotuliano

“PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO DE LESIÓN DE LIGAMENTOS DE RODILLA”

EVALUACION:

- *Evaluación dinamica, se evalua la marcha, equilibrio puntos de apoyo uso de auxiliares
- *Evaluación de pates blandas palpación edema, cicatrices temperatura , puntos gatillo
- *Balance Articular a la flexión Extensión y rotaciones
- * Balance muscular,miembros inferiores (comparativo) atrofas musculares
- * Pruebas funcionales

1° Etapa de tratamiento:

- *Terapia antialgica y desinflamante
- *Laser
- *Ultrasonido Pulsatil
- *Magnetoterapia desinflamante 100 Hz 200 Gaus
- *Electroanalgesia Diadinamicas Interferenciales T.E.N.S.

2° Etapa de tratamiento

- *Electroanalgesia Diadinamicas Interferenciales T.E.N.S
- *Ultrasonido Pulsatil
- *Magnetoterapia para tendinitis 80Hz 50 Gaus
- *Taping Neurofacial
- *Cinesioterapia pasiva permeabilidad articular

3° Etapa de tratamiento

- * Electrogimnasia Fortalecimiento musculotendinoso
- *Cinesioterapia progresiva de pasiva a ejercicios Activos
- *Mecanoterapia buzo , therabantd

RECOMENDACIONES:

- *Evitar esfuerzos de flexión con tensión maxima
- * Evitar movimientos de rotación que pongan en tensión a la articulación
- *No realizar sobreesfuerzos con ejercicios y pesos adicionales

“PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO FX DE TIBIA PERONEA”

EVALUACION:

- * Tratamiento medico (conservador - Cirugia)
- *Evaluación de partes blandas tumefacción, edema hematomas, cicatriz
- * Evaluación de rangos articulares de pie, tobillo, rodilla
- *Evaluación de la fuerza muscular cadera, muslo, pierna, pie
- * Evaluación de la marcha , uso de auxiliares de marcha

1º Etapa de Tratamiento

- *Electroanalgesia T.E.N.S Diadinamicas
- *Magnetoterapia Regeneración Osea 60 Hz 200 Gaus desinflamante 100Hz 80 Gaus
- *Aplicación de taping Neuromuscular
- *Cinesioterapia pasiva

2º Etapa de Tratamiento

- *Terapia Analgesica
- *Magnetoterapia Regeneración ósea 60 Hz 200 Gaus
- *Electrogimnasia Fortalecimiento muscular
- *Cinesioterapia Recuperación de rangos articulares-Ejercicios Activos Reeducción de marcha
- *Mecanoterapia

3º Etapa de tratamiento

- * Cinesioterapia Activa flexibilización musculotendinosa mecanoterapia
- *Fortalecimiento muscular en miembro inferior
- * Reeducción de Marcha en terreno irregular y plano

RECOMENDACIONES:

- * No saturar con ejercicios
- * Hacer las descargas progresivamente

CAPITULO VIII

8.- DISEÑO METODOLOGICO

El trabajo se realiza en el servicio de Fisioterapia de la Caja Nacional de Salud regional Oruro donde se brinda atención Fisioterapia y Rehabilitación dando cobertura a todas las especialidades con las cuenta la institución.

El Trabajo será Transversal, pues se estudia las variables simultáneamente³ pues se toma un periodo y la secuencia del estudio como la edad, Empresa, sexo Diagnostico, especialidad de referencia de los paciente en Número de pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia de la caja nacional de salud.

De igual manera será Descriptivo, por el análisis y alcance de los resultados⁴ al darnos a conocer la prevalencia de las patologías, las especialidades médicas que más pacientes transfieren al servicio de Fisioterapia

Y finalmente será Retrospectivo, al basarse en la recopilación de datos según la ocurrencia y registro de los hechos tomando los periodos del 2011 al 2013.

3) Pág. 81 Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Salud, E.B. Pineda

4) Pág. 82 Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Salud, E.B. Pineda

CAPITULO IX

9.- RESULTADOS.

9.1.-DESARROLLO ESTADISTICO

La información que se obtiene en el trabajo realizado y desarrollado en base a la hoja de datos descrita a continuación, donde se toma en cuenta del paciente, el sexo, diagnóstico médico, especialidad médica de transferencia, empresa o seguro a la que el paciente pertenece.

HOJA DE DATOS

| <u>MES / AÑO</u> | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <u># DE PACIENTES</u> | <u>SEXO</u> | <u>DIAGNOSTICO DE TRANSFERENCIA</u> | <u>ESPECIALIDAD</u> | <u>EMPRESA ASEGURADA</u> | <u># DE SESIONES</u> |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |

GENERO (Sexo).-

Nos muestra información sobre el número de pacientes atendidos en el servicio, donde se evidencia que el género femenino acude en mayor proporción que el género masculino al servicio de fisioterapia de la Caja Nacional de Salud Regional Oruro como se muestra en el siguiente cuadro.

| GENERO | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | TOTAL PACIENTES GESTIONES 2011-2012- 2013 |
|------------------------|--|--|--|--|
| Femenino | 1726 | 1877 | 2798 | 6401 |
| Masculino | 1623 | 1773 | 2567 | 5963 |
| TOTAL PACIENTES | 3349 | 3650 | 5365 | 12364 |

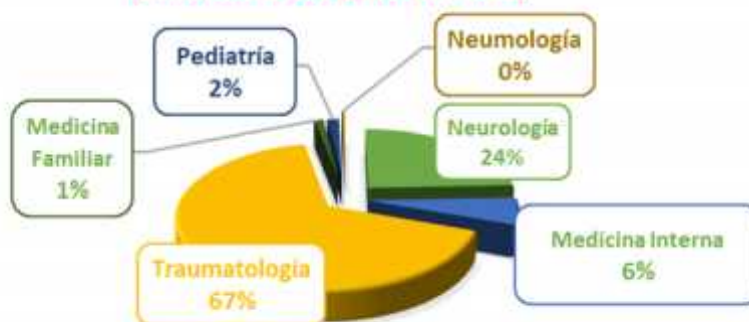


ESPECIALIDAD.-

En relación a la especialidad que mas transferencia realiza al servicio está la de traumatología con un 67%, Neurología con 24% y Medicina Interna con 6% tomando en cuenta que estas especialidades son las de mayor prevalencia en el trabajo como se muestra a continuación.

| ESPECIALIDADES | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | TOTAL PACIENTES GESTIONES 2011-2012- 2013 |
|------------------------|--|--|--|--|
| Neurología | 933 | 828 | 1251 | 3012 |
| Medicina Interna | 242 | 205 | 307 | 754 |
| Traumatología | 2039 | 2524 | 3654 | 8217 |
| Medicina Familiar | 53 | 22 | 70 | 145 |
| Pediatría | 58 | 56 | 71 | 185 |
| Neumología | 24 | 15 | 12 | 51 |
| TOTAL PACIENTES | 3349 | 3650 | 5365 | 12364 |

**GRAFICO PORCENTUAL TOTAL POR ESPECIALIDADES
(GESTIONES 2011-2012-2013)**



EMPRESA (Sector).-

La institución atiende a pacientes asegurados pasivos (rentistas) y asegurados activos (empresas) en este estudio se pudo verificar que el sector pasivo es el más beneficiado en su atención en el servicio de fisioterapia en la Caja Nacional de Salud Regional Oruro y se muestra en el cuadro siguiente comparativo por año.

| SECTOR | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | TOTAL PACIENTES GESTIONES 2011-2012- 2013 |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| <i>Pasivos (Rentistas)</i> | 1834 | 1927 | 2768 | 6529 |
| <i>Activos (Asegurados)</i> | 1515 | 1723 | 2597 | 5835 |
| TOTAL PACIENTES | 3349 | 3650 | 5365 | 12364 |

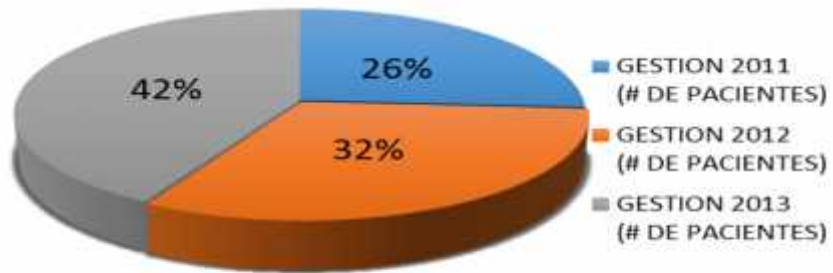
9.2. DIAGNOSTICO DEL TRABAJO ESTADISTICO.- Se ha considerado, a las patologías de mayor prevalencia, de las especialidades médicas que más transfieren pacientes a nuestro servicio que son Traumatología, Neurología, Medicina Familiar y en otros se consideró a especialidades médicas con menos prevalencia como pediatría. Cirugía, Neumología.

9.2.1. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS EN TRAUMATOLOGÍA.- Para dar a conocer la prevalencia de patologías o diagnósticos en este servicio se ha tomado en cuenta a patologías de miembro superior, patologías de miembro inferior y patologías de columna que se describe en el siguiente cuadro.

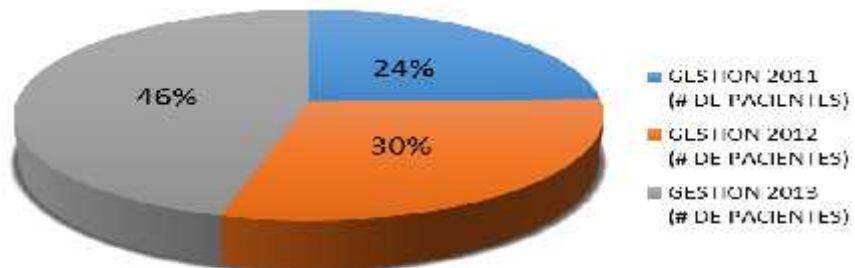
TRAUMATOLOGIA

| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) |
|----------------------------|--|--|--|
| Patología Miembro superior | 713 | 876 | 1148 |
| Patología Miembro Inferior | 1041 | 1264 | 1942 |
| Patologías de Columna | 285 | 384 | 564 |

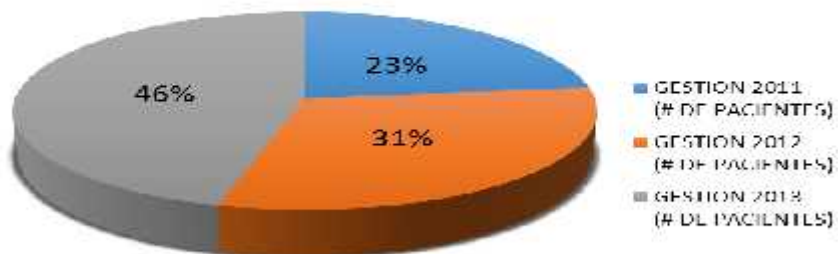
TRAUMATOLOGIA Patología Miembro Superior



TRAUMATOLOGIA Patología Miembro Inferior



TRAUMATOLOGIA Patologías de Columna



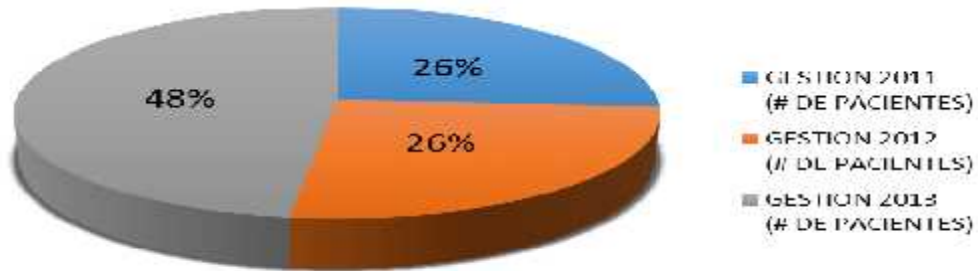
9.2.2. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS EN NEUROLOGÍA.- De igual manera para dar a conocer la prevalencia de patologías en este servicio se ha tomado en cuenta a las patologías de Neurona motora Superior, Neurona motora Inferior, patologías Algicas y otras patologías. Como se muestra en el siguiente cuadro.

NEUROLOGIA

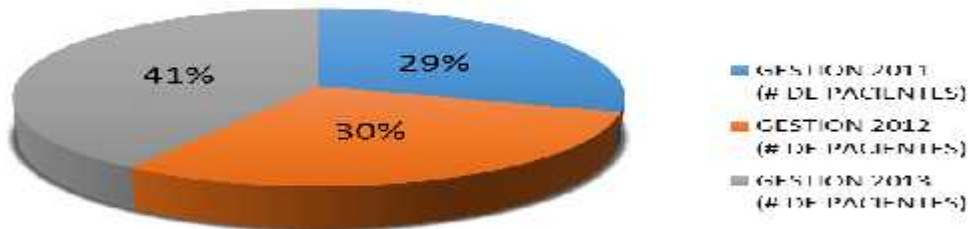
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Patologías de Neurona Motora Superior | 170 | 170 | 298 |
| Patologías de Neurona Motora Inferior | 209 | 209 | 385 |
| Patologías Algicas | 361 | 361 | 495 |
| Otras Patologías | 88 | 88 | 73 |



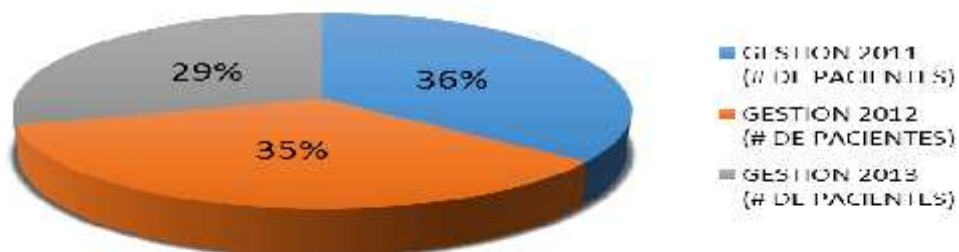
NEUROLOGIA Patologías de Neurona Motora Inferior



NEUROLOGIA Patologías Algicas



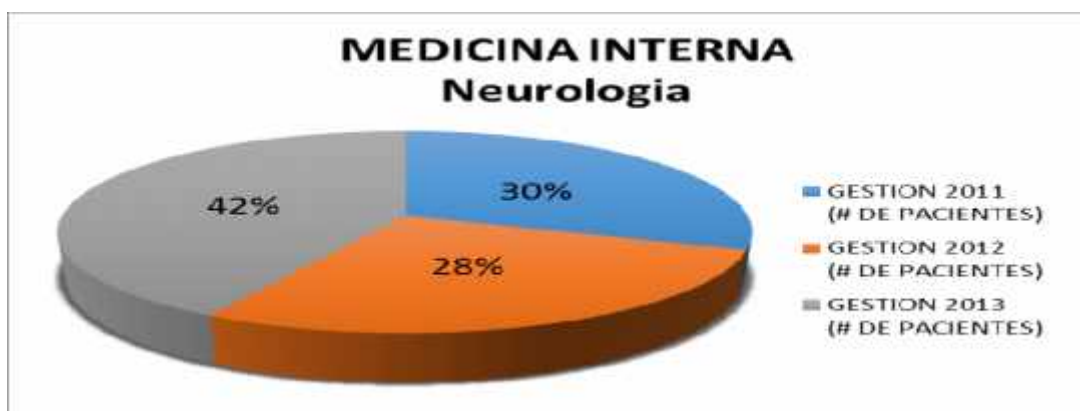
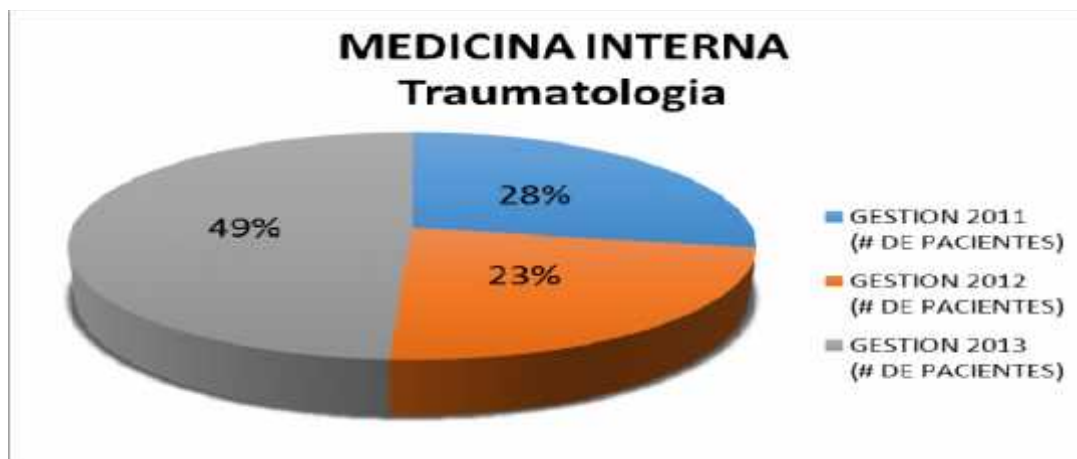
NEUROLOGIA Otras Patologías



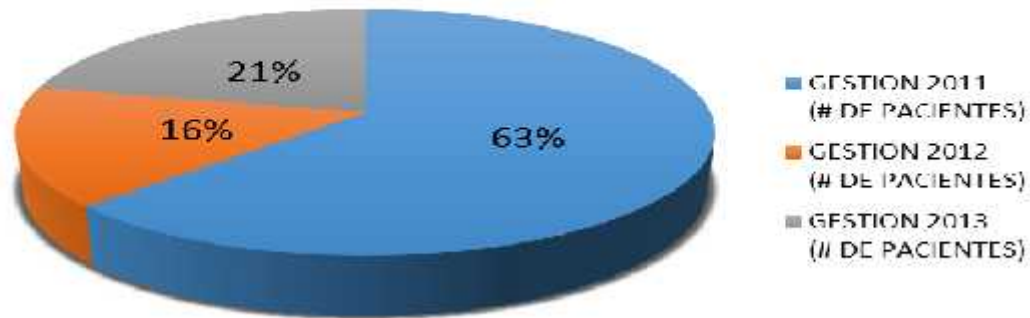
9.2.3. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS EN MEDICINA INTERNA.- En esta área se ha considerado a las patologías enviadas por las especialidades como patologías Traumatológicas, patologías Neurológicas patologías degenerativas y/o autoinmunes y las trombosis. Como se muestra en el siguiente cuadro.

MEDICINA INTERNA

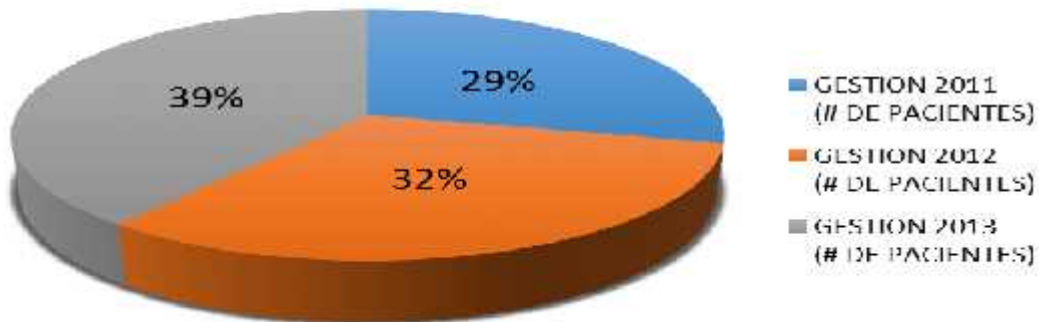
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) |
|---------------------------|--|--|--|
| TRAUMATOLOGIA | 47 | 39 | 83 |
| NEUROLOGIA | 71 | 65 | 98 |
| NEUMOLOGIA | 32 | 8 | 11 |
| ENFERMEADES DEGENERATIVAS | 74 | 83 | 102 |
| TROMBOSIS | 18 | 10 | 13 |



MEDICINA INTERNA Neumología



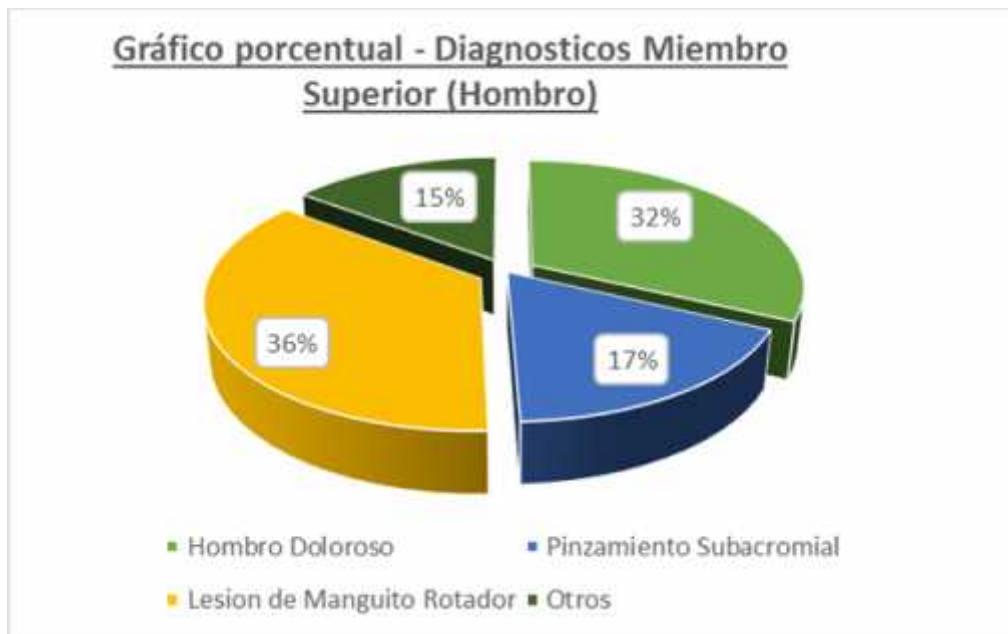
MEDICINA INTERNA Enfermedades Degenerativas



Para realizar este trabajo se tomó en cuenta datos de afiliación de los pacientes de los cuales se fueron desprendiendo datos estadísticos interesantes en cuanto al diagnóstico de transferencia, considerando las tres patologías de mayor incidencia por segmento anatómico tomando en cuenta en miembro superior a hombro, codo, antebrazo y muñeca, en tronco columna lumbar, y miembro inferior a cadera, rodilla y tobillo que a continuación se muestra en los cuadros y gráficos porcentuales comparativos de los tres años.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO)

| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|----------------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Hombro Doloroso | 211 | 217 | 357 | 785 | 32 |
| Pinzamiento Subacromial | 123 | 128 | 171 | 422 | 17 |
| Lesion de Manguito Rotador | 254 | 261 | 363 | 878 | 36 |
| Otros | 107 | 115 | 138 | 360 | 15 |
| | | | | 2445 | 100 |



Como se ve el diagnostico de transferencia de lesion de manguito rotador es el primero seguido de pinzamiento sub acromial y hombro Doloroso en tercer lugar .

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN CODO Y ANTEBRAZO

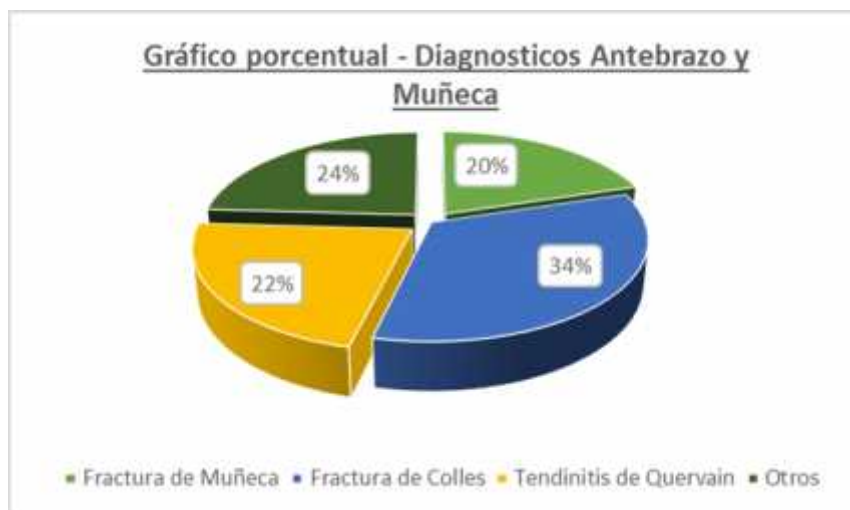
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Epicondilitis | 124 | 127 | 189 | 440 | 36 |
| Fractura de Codo | 79 | 76 | 100 | 255 | 21 |
| Luxacion de Codo | 76 | 81 | 97 | 254 | 21 |
| Otros | 85 | 82 | 106 | 273 | 22 |
| | | | | 1222 | 100 |



Como se ve en el cuadro porcentual el diagnostico de Epicondilitis esta en primer lugar y Fractura de codo y luxación de codo estan en segundo y tercer lugar indistintamente.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN ANTEBRAZO Y MUÑECA

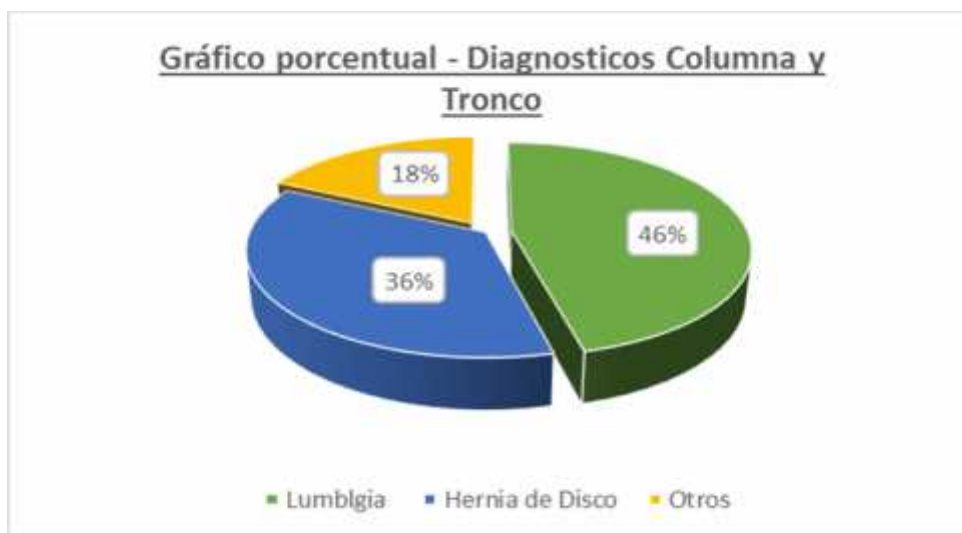
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|------------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Fractura de Muñeca | 77 | 79 | 109 | 265 | 20 |
| Fractura de Colles | 127 | 136 | 177 | 440 | 34 |
| Tendinitis de Quervain | 88 | 93 | 111 | 292 | 22 |
| Otros | 91 | 98 | 127 | 316 | 24 |
| | | | | 1313 | 100 |



En muñeca y antebrazo el primer lugar ocupa las fracturas de Colles seguido de las Tendinitis de Quervain y en tercer lugar las fracturas de muñeca.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN COLUMNA Y TRONCO

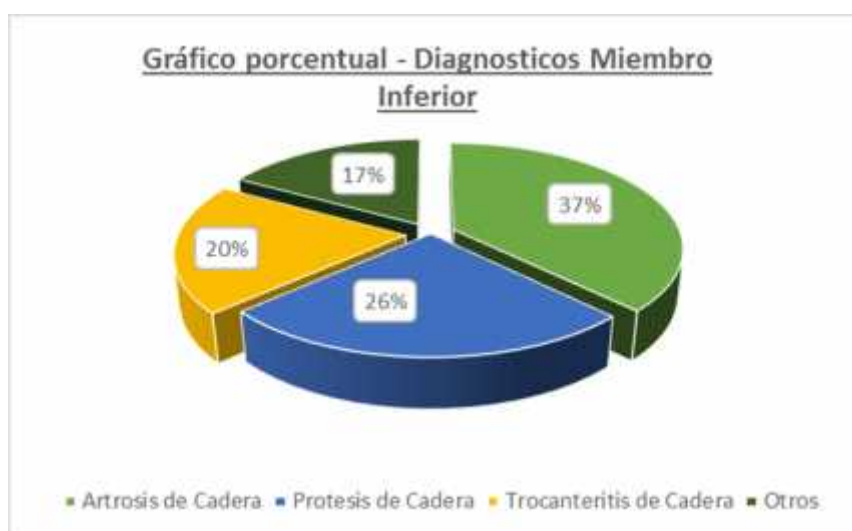
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012-2013 | porcentaje (%) |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------|
| Lumbalgia | 254 | 295 | 467 | 1016 | 46 |
| Hernia de Disco | 193 | 202 | 397 | 792 | 36 |
| Otros | 93 | 107 | 194 | 394 | 18 |
| | | | | 2202 | 100 |



En tronco las lumbalgias ocupan el primer lugar seguidas por las Hernias de disco.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN MIEMBRO INFERIOR

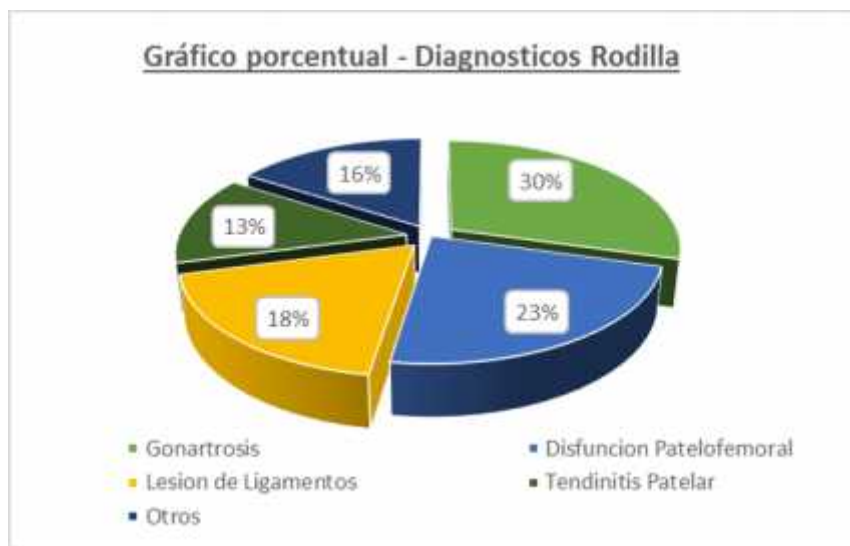
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|-------------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Artrosis de Cadera | 172 | 192 | 261 | 625 | 38 |
| Protesis de Cadera | 109 | 110 | 207 | 426 | 26 |
| Trocanteritis de Cadera | 88 | 101 | 143 | 332 | 20 |
| Otros | 76 | 89 | 115 | 280 | 17 |
| | | | | 1663 | 100 |



En miembros inferiores las Artrosis de caderas son las que ocupan el primer lugar seguidas de las protesis de caderas y en tercer lugar estan las trocanteritis.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN RODILLA

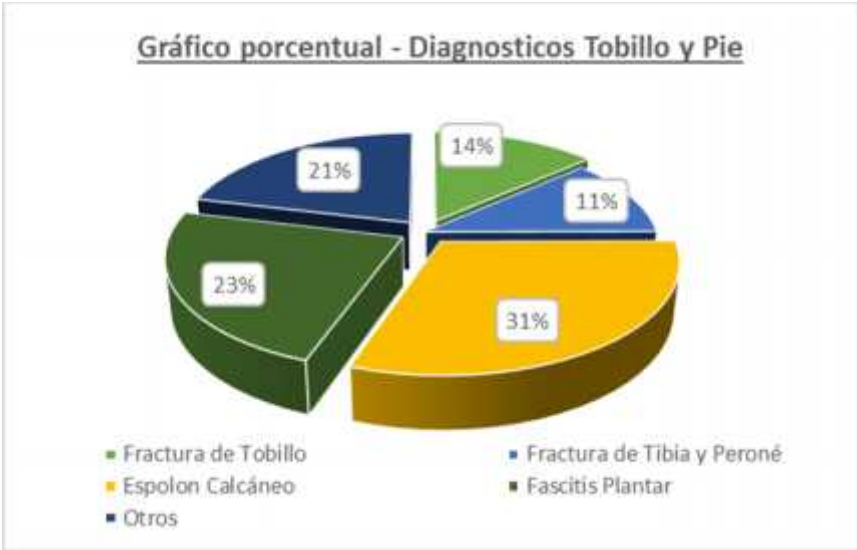
| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|--------------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Gonartrosis | 148 | 185 | 255 | 588 | 29 |
| Disfuncion Patelofemoral | 113 | 131 | 216 | 460 | 23 |
| Lesion de Ligamentos | 92 | 104 | 172 | 368 | 18 |
| Tendinitis Patelar | 66 | 87 | 112 | 265 | 13 |
| Otros | 105 | 102 | 111 | 318 | 16 |
| | | | | 1999 | 100 |



En patología de rodilla las gonartrosis ocupan el primer lugar disfunciones seguidas de las Disfunciones Patelofemorales , la lesion de ligamentos va en tercer lugar y en cuarto las tendinitis patelares.

DIAGNOSTICOS DE MAYOR INCIDENCIA EN TOBILLO Y PIE

| | GESTION 2011 (# DE PACIENTES) | GESTION 2012 (# DE PACIENTES) | GESTION 2013 (# DE PACIENTES) | total pacientes gestiones 2011-2012- 2013 | porcentaje (%) |
|----------------------------|--|--|--|--|---------------------------|
| Fractura de Tobillo | 47 | 60 | 98 | 205 | 13 |
| Fractura de Tibia y Peroné | 43 | 54 | 77 | 174 | 11 |
| Espolon Calcáneo | 123 | 139 | 201 | 463 | 30 |
| Fascitis Plantar | 96 | 104 | 155 | 355 | 23 |
| Otros | 89 | 95 | 139 | 323 | 21 |
| | | | | 1520 | 100 |



En tobillo la patologia que esta en primer lugar es el Espolon Calcaneo seguida de fascitis plantar en tercer lugar estan las fracturas de tobillo y en cuarto lugar las fracturas de tibia y peroné.

9.3. TABLAS ESTADISTICAS Y GRAFICOS

Tabla N° 1

| ENERO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 106 | | |
| Activos (Asegurados) | 198 | | |
| Pacientes Masculinos | 166 | | |
| Pacientes Femeninos | 138 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 84 | 81 | 76 |
| Medicina Interna | 12 | 12 | 26 |
| Traumatología | 196 | 223 | 286 |
| Medicina Familiar | 1 | 0 | 2 |
| Pediatría | 3 | 3 | 6 |
| Neumología | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL | 298 | 320 | 396 |

GRAFICO N° 1

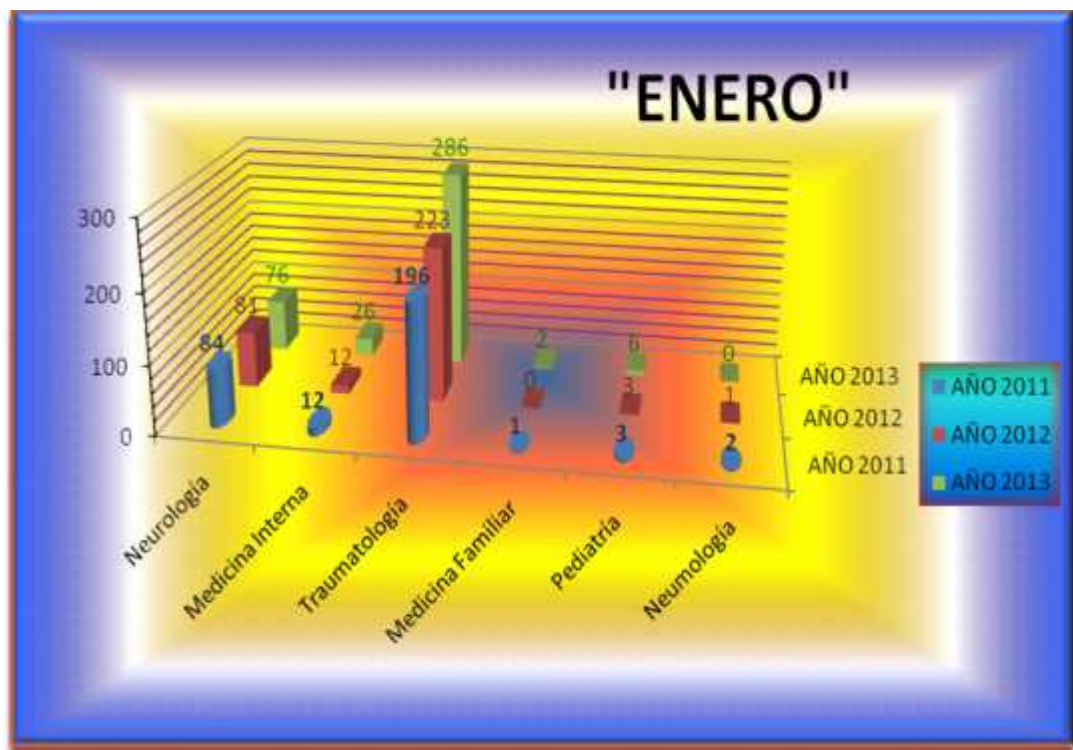


Tabla N° 2

| FEBRERO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 121 | | |
| Activos (Asegurados) | 146 | | |
| Pacientes Masculinos | 114 | | |
| Pacientes Femeninos | 153 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 75 | 83 | 85 |
| Medicina Interna | 14 | 8 | 26 |
| Traumatología | 169 | 173 | 280 |
| Medicina Familiar | 2 | 3 | 4 |
| Pediatría | 2 | 3 | 5 |
| Neumología | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 263 | 271 | 401 |

GRAFICO N° 2

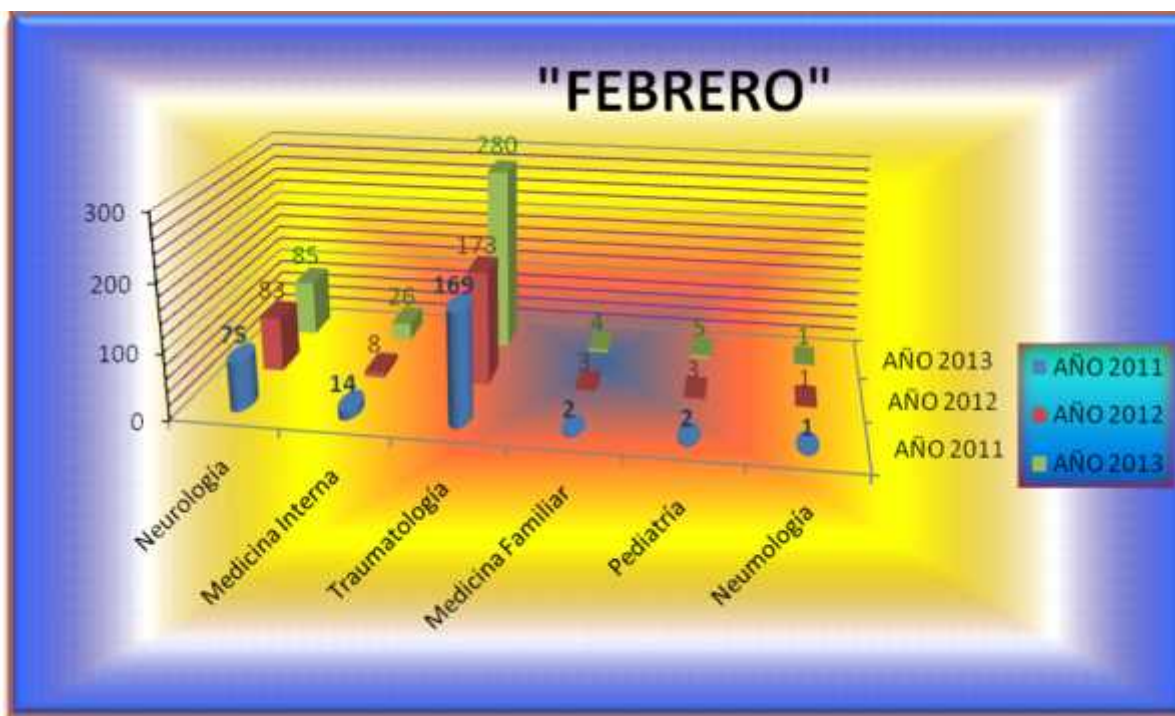


Tabla N° 3

| MARZO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 122 | | |
| Activos (Asegurados) | 174 | | |
| Pacientes Masculinos | 124 | | |
| Pacientes Femeninos | 172 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 91 | 83 | 74 |
| Medicina Interna | 15 | 10 | 23 |
| Traumatología | 177 | 208 | 259 |
| Medicina Familiar | 3 | 2 | 6 |
| Pediatría | 4 | 2 | 3 |
| Neumología | 1 | 1 | 2 |
| TOTAL | 291 | 306 | 367 |

GRAFICO N° 3

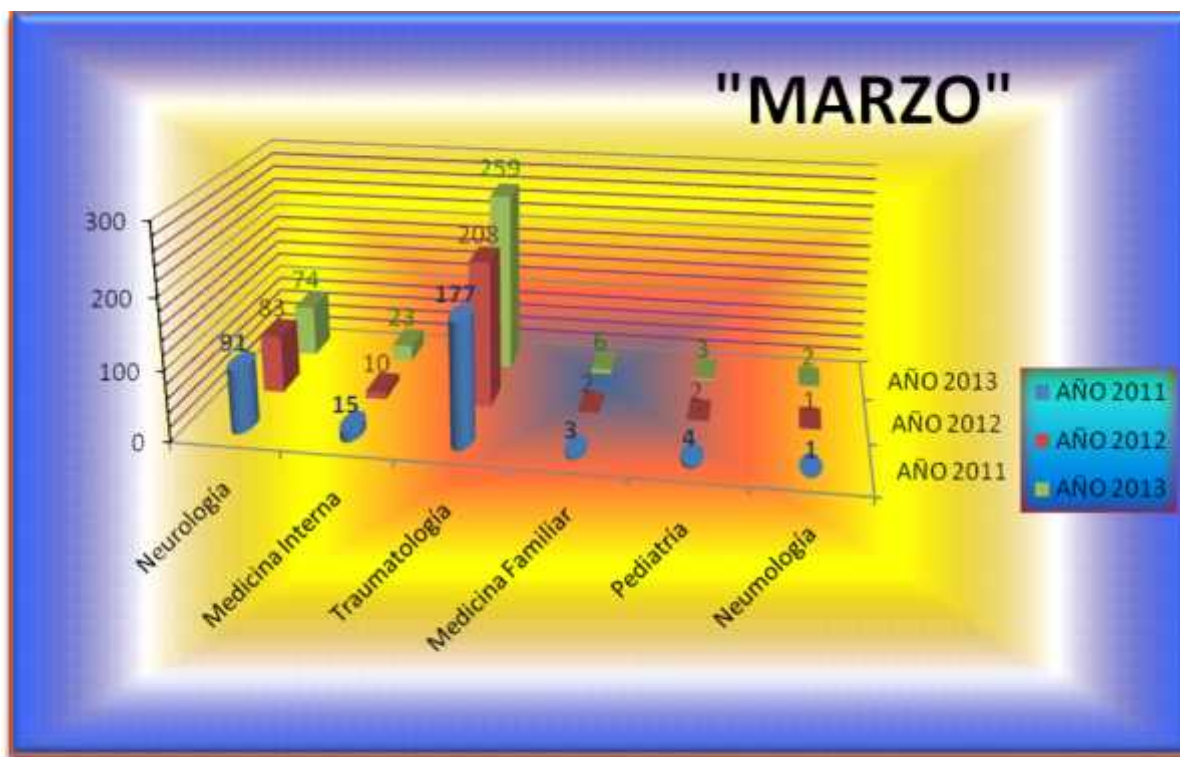


Tabla N° 4

| ABRIL | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 120 | | |
| Activos (Asegurados) | 178 | | |
| Pacientes Masculinos | 126 | | |
| Pacientes Femeninos | 172 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 81 | 61 | 86 |
| Medicina Interna | 13 | 11 | 23 |
| Traumatología | 193 | 167 | 343 |
| Medicina Familiar | 2 | 3 | 3 |
| Pediatría | 1 | 0 | 2 |
| Neumología | 2 | 1 | 2 |
| TOTAL | 292 | 243 | 459 |

GRAFICO N° 4

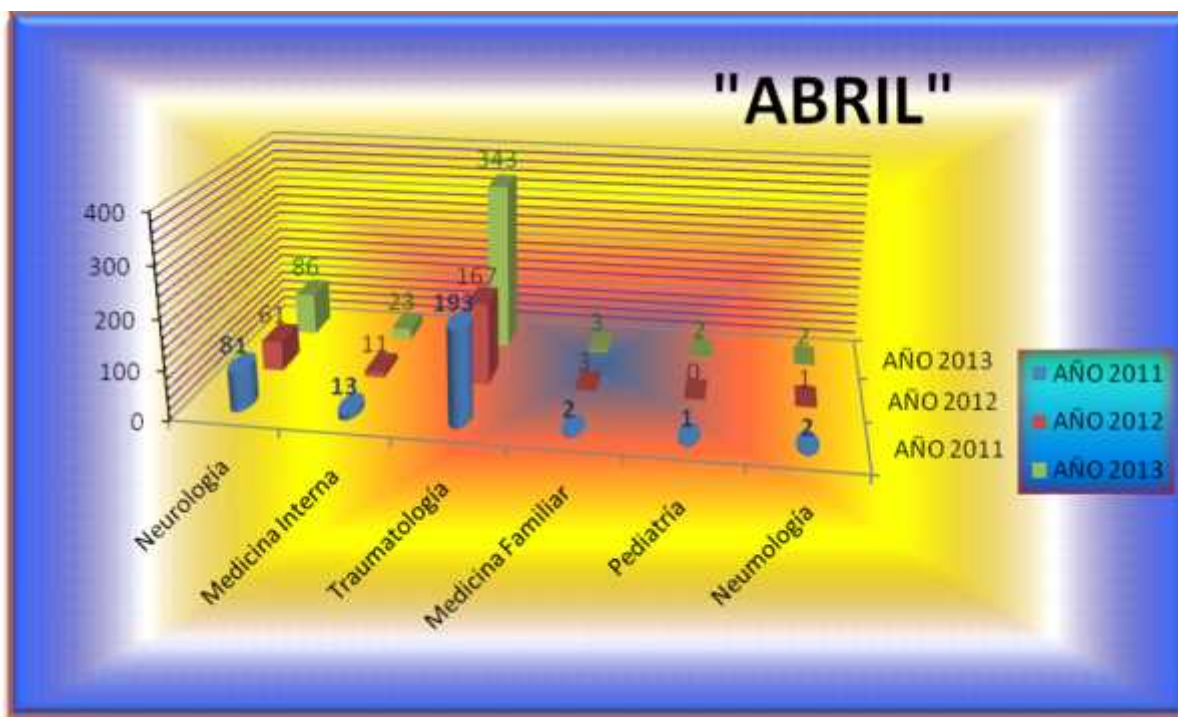


Tabla N° 5

| MAYO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 111 | | |
| Activos (Asegurados) | 153 | | |
| Pacientes Masculinos | 119 | | |
| Pacientes Femeninos | 145 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 72 | 57 | 72 |
| Medicina Interna | 11 | 10 | 23 |
| Traumatología | 173 | 156 | 214 |
| Medicina Familiar | 0 | 0 | 3 |
| Pediatría | 2 | 4 | 3 |
| Neumología | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 259 | 227 | 315 |

GRAFICO N° 5

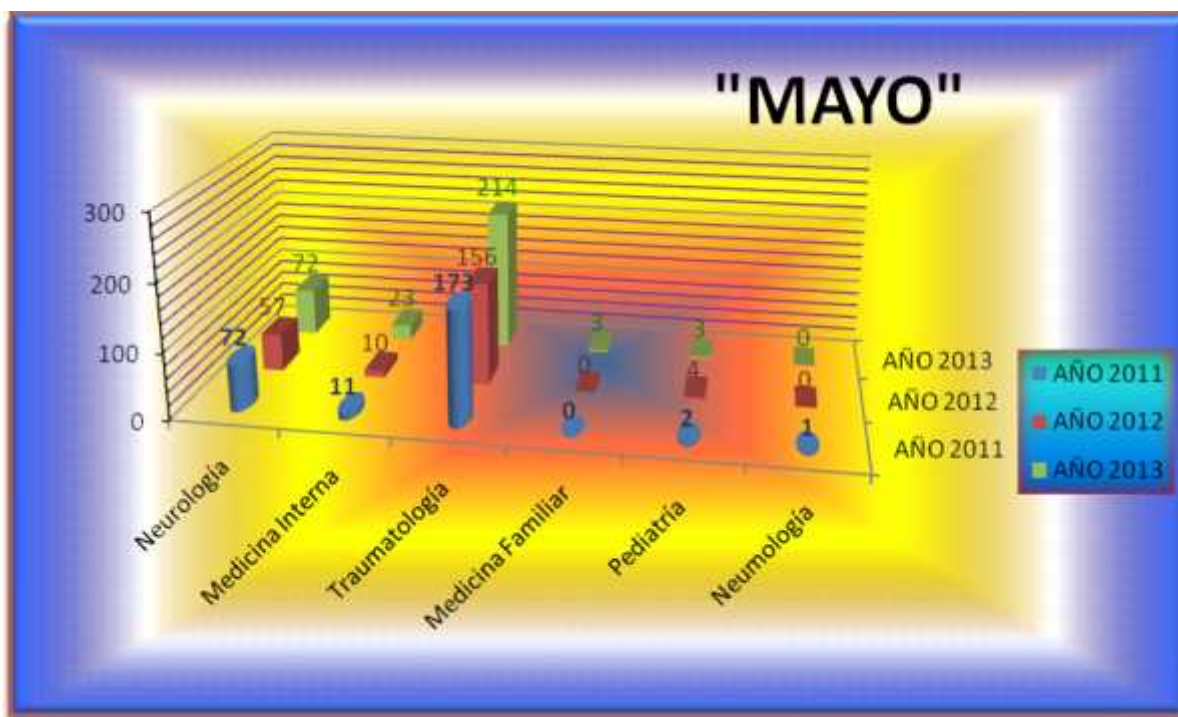


Tabla N° 6

| JUNIO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 112 | | |
| Activos (Asegurados) | 136 | | |
| Pacientes Masculinos | 125 | | |
| Pacientes Femeninos | 123 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 68 | 48 | 79 |
| Medicina Interna | 12 | 18 | 9 |
| Traumatología | 157 | 97 | 319 |
| Medicina Familiar | 2 | 2 | 3 |
| Pediatría | 3 | 3 | 3 |
| Neumología | 2 | 2 | 3 |
| TOTAL | 244 | 170 | 416 |

GRAFICO N° 6

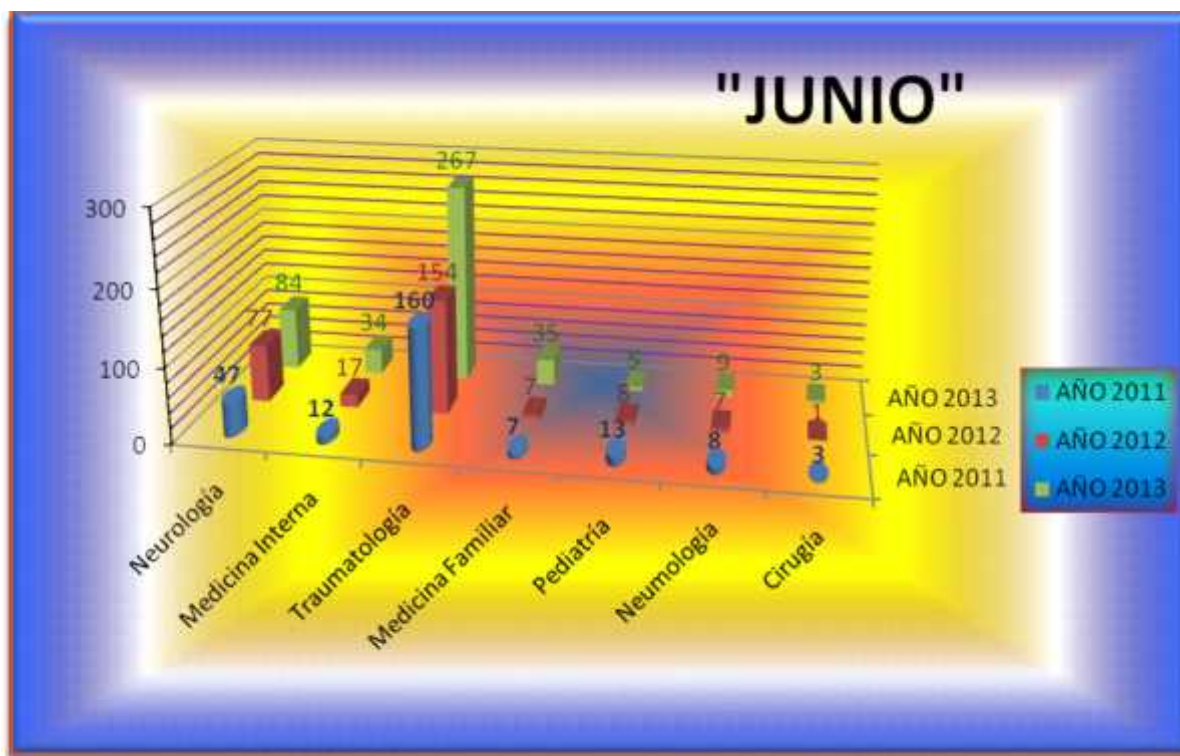


Tabla N° 7

| JULIO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 119 | | |
| Activos (Asegurados) | 159 | | |
| Pacientes Masculinos | 117 | | |
| Pacientes Femeninos | 161 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 79 | 70 | 143 |
| Medicina Interna | 12 | 21 | 22 |
| Traumatología | 171 | 209 | 342 |
| Medicina Familiar | 1 | 3 | 4 |
| Pediatría | 3 | 5 | 4 |
| Neumología | 1 | 2 | 0 |
| TOTAL | 267 | 310 | 515 |

GRAFICO N° 7

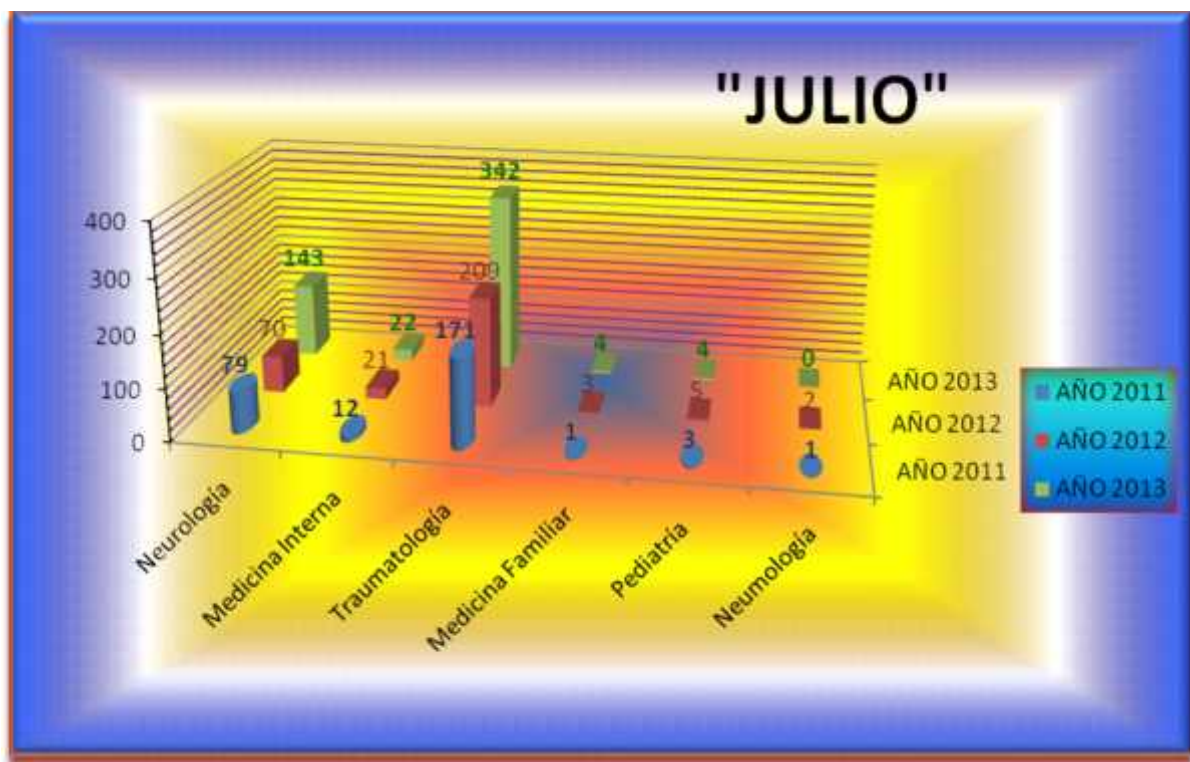


Tabla N° 8

| AGOSTO | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 99 | | |
| Activos (Asegurados) | 134 | | |
| Pacientes Masculinos | 107 | | |
| Pacientes Femeninos | 126 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 61 | 75 | 97 |
| Medicina Interna | 13 | 25 | 27 |
| Traumatología | 148 | 250 | 375 |
| Medicina Familiar | 1 | 2 | 7 |
| Pediatría | 4 | 6 | 7 |
| Neumología | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL | 227 | 359 | 514 |

GRAFICO N° 8

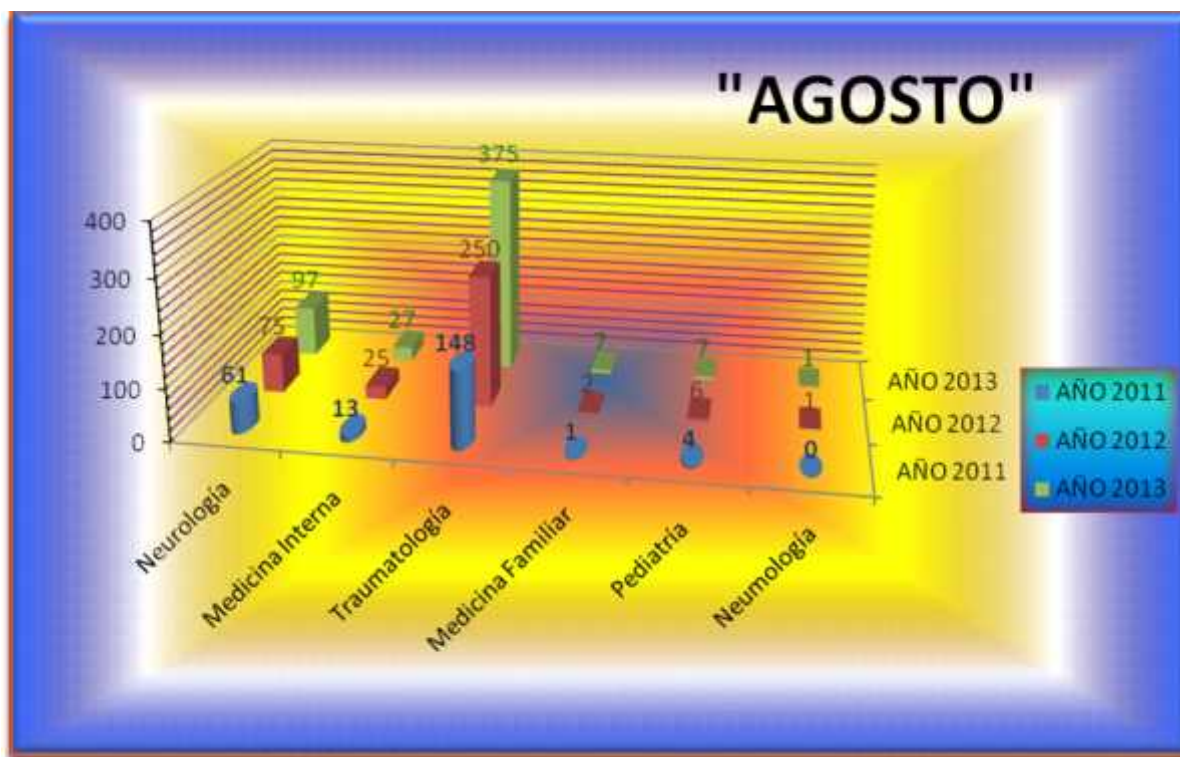


Tabla N° 9

| SEPTIEMBRE | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 73 | | |
| Activos (Asegurados) | 120 | | |
| Pacientes Masculinos | 104 | | |
| Pacientes Femeninos | 89 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 49 | 63 | 157 |
| Medicina Interna | 10 | 10 | 27 |
| Traumatología | 127 | 242 | 311 |
| Medicina Familiar | 0 | 3 | 9 |
| Pediatría | 2 | 4 | 9 |
| Neumología | 0 | 2 | 0 |
| TOTAL | 188 | 324 | 513 |

GRAFICO N° 9

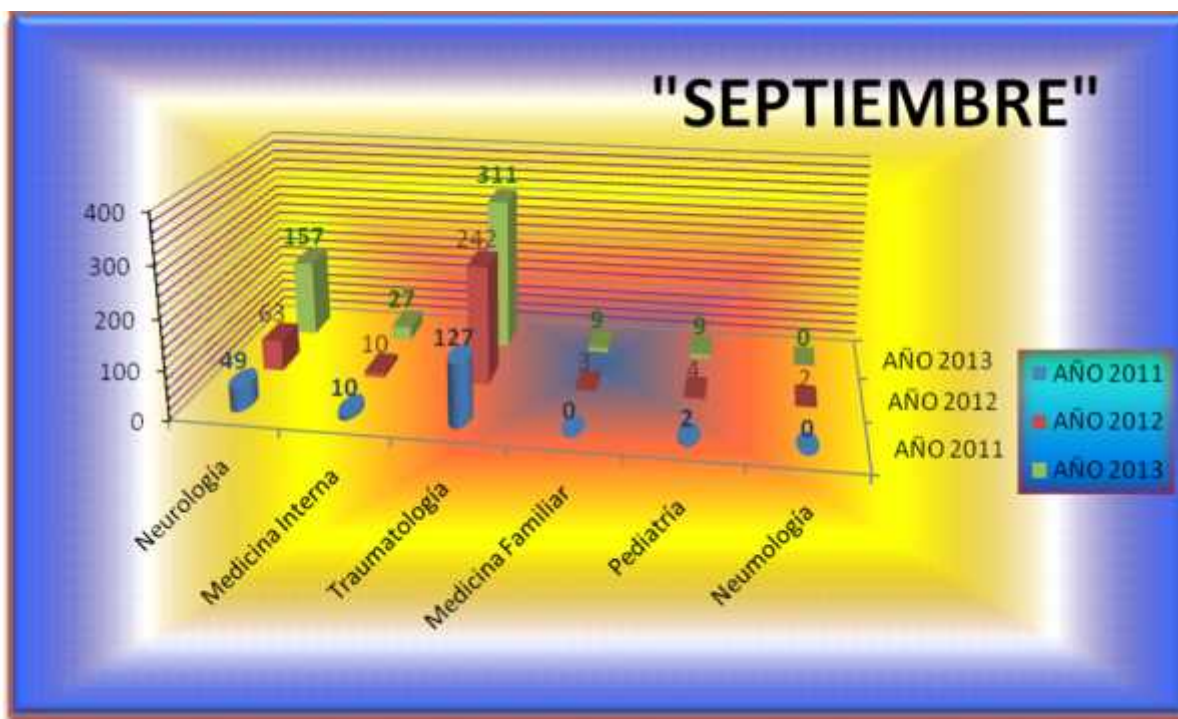


Tabla N° 10

| OCTUBRE | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 95 | | |
| Activos (Asegurados) | 231 | | |
| Pacientes Masculinos | 176 | | |
| Pacientes Femeninos | 121 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 92 | 74 | 119 |
| Medicina Interna | 36 | 21 | 31 |
| Traumatología | 113 | 260 | 261 |
| Medicina Familiar | 21 | 1 | 7 |
| Pediatría | 7 | 3 | 7 |
| Neumología | 6 | 1 | 0 |
| TOTAL | 275 | 360 | 425 |

GRAFICO N° 10

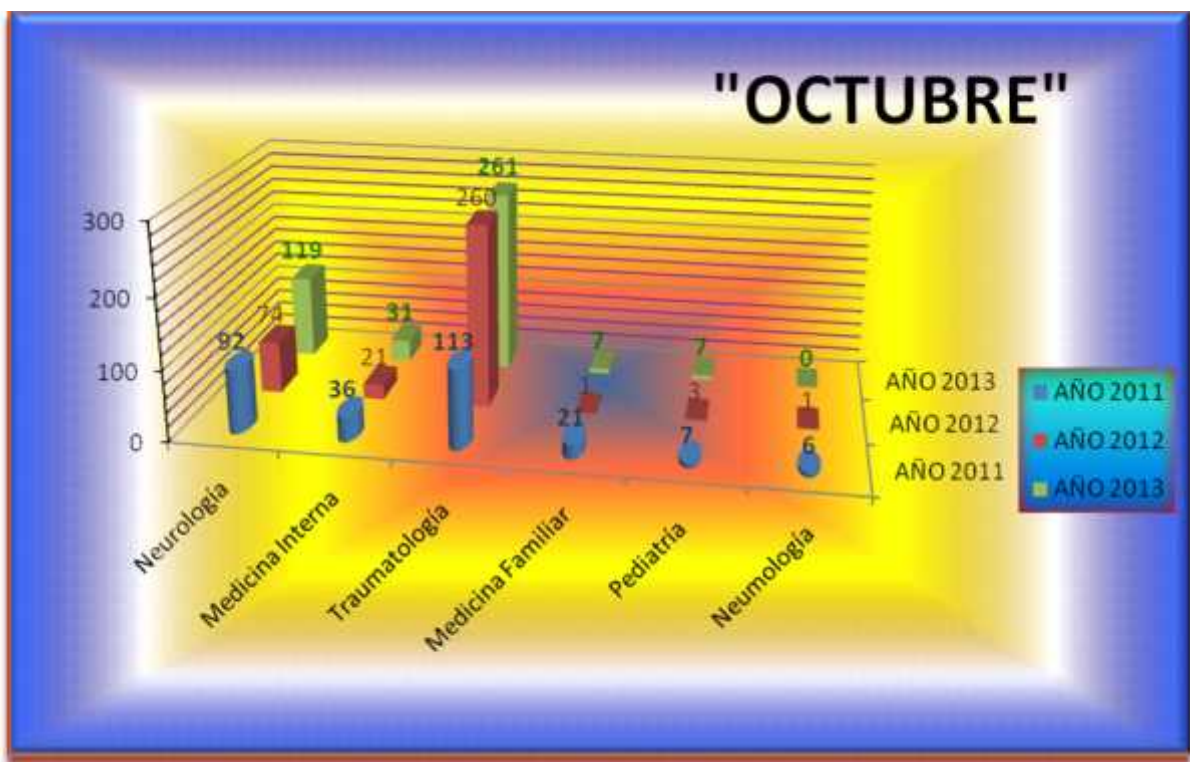


Tabla N° 11

| NOVIEMBRE | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 121 | | |
| Activos (Asegurados) | 87 | | |
| Pacientes Masculinos | 158 | | |
| Pacientes Femeninos | 112 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 98 | 70 | 124 |
| Medicina Interna | 76 | 17 | 40 |
| Traumatología | 221 | 303 | 344 |
| Medicina Familiar | 12 | 2 | 13 |
| Pediatría | 8 | 7 | 13 |
| Neumología | 3 | 1 | 1 |
| TOTAL | 418 | 400 | 535 |

GRAFICO N° 11

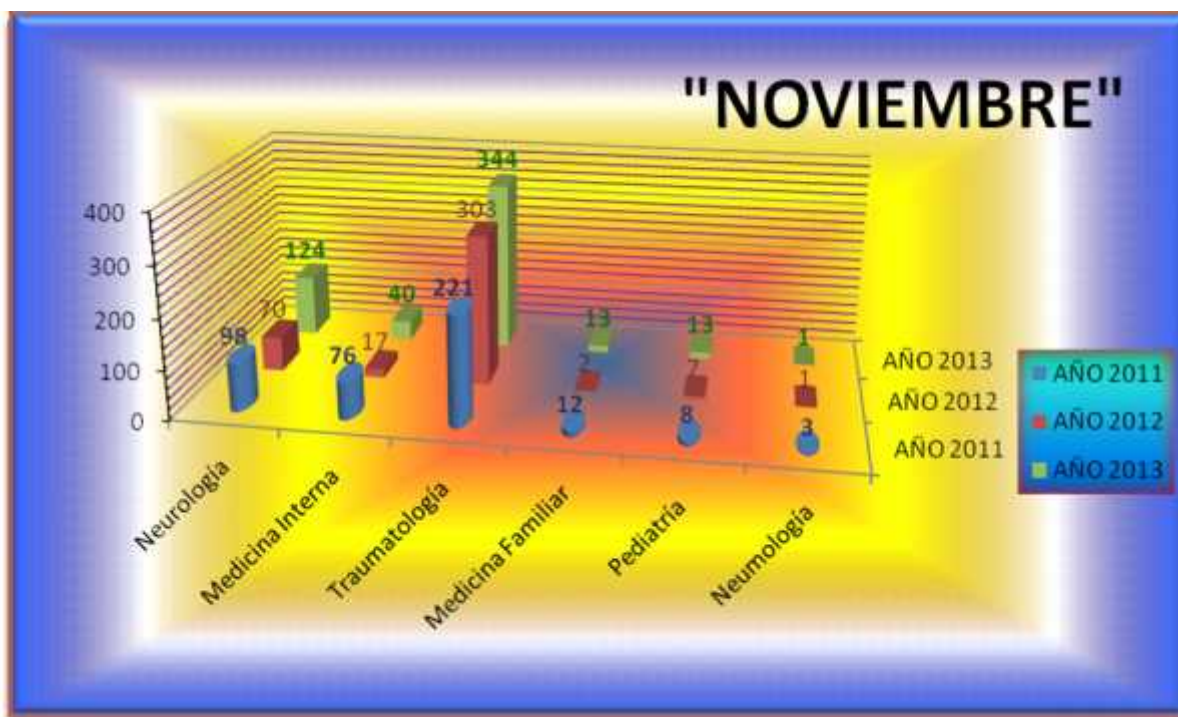
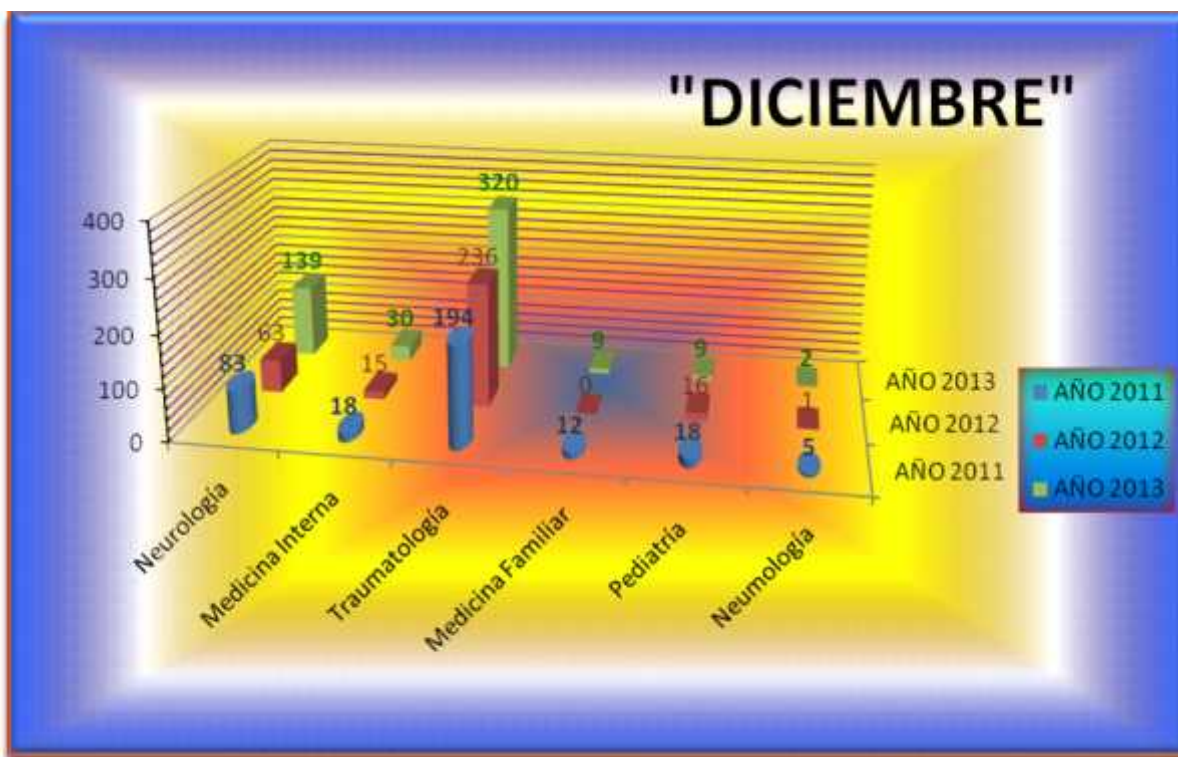


Tabla N° 12

| DICIEMBRE | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Pasivos (Rentistas) | 124 | | |
| Activos (Asegurados) | 89 | | |
| Pacientes Masculinos | 134 | | |
| Pacientes Femeninos | 96 | | |
| ESPECIALIDADES | 2011 | 2012 | 2013 |
| Neurología | 83 | 63 | 139 |
| Medicina Interna | 18 | 15 | 30 |
| Traumatología | 194 | 236 | 320 |
| Medicina Familiar | 12 | 0 | 9 |
| Pediatría | 18 | 16 | 9 |
| Neumología | 5 | 1 | 2 |
| TOTAL | 330 | 331 | 509 |

GRAFICO N° 12



CAPITULO X

10.- CONCLUSIONES

10.1.- CONCLUSION GENERAL

En base a los resultados de la estadística realizada, se presenta una propuesta de Protocolos de Tratamiento para las patologías más prevalentes en Miembro Superior, Inferior y Columna, con el objetivo de implantarlas en el Servicio y así poder mejorar la atención a los pacientes.

10.2.- CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

Luego de haber realizado el trabajo se puede concluir que:

1.- Las especialidades Médicas que transfieren pacientes al servicio según su incidencia son Traumatología 67% Neurología 24%, Medicina Interna 6%, Medicina Familiar 1% y otras especialidades 2%.

Se pudo saber también que el porcentaje de pacientes jubilados y de la tercera edad es mayor en relación a la atención de pacientes activos y beneficiarios en un 5%.

En relación a las patologías más incidentes de acuerdo al segmento corporal son:

2.- Tobillo tenemos a Espolón calcáneo 30% Fascitis Plantar 23%, Fractura de tobillo 13%, Fractura de Tibia y Peroné 11%.

3.- Rodilla la Gonartrosis con un 29%, Disfunción Patelofemoral 23%, Lesión de Ligamento 18%, Tendinitis Patelar.

4.- Cadera artrosis de cadera 38%, Prótesis de Cadera 26%, Trocanteritis de Cadera 10%.

5.- En columna Las *Lumbociaticas* 46%, *Hernia de Disco* 36% otras Patologías 18%.

6.- Muñeca y mano Las Fracturas de colles 34%, tendinitis de Quervain 22%, Fracturas de muñeca 20%.

7.- Codo y Antebrazo Epicondilitis 36%,Fractura de codo 21%, Luxación de codo 21%.

8.- Hombro las Lesiones de Manguito rotador 36%,Hombro doloroso 32%, Pinzamiento subacromial 17%.

Luego de haber realizado el presente trabajo se pudo observar que en relación a la asistencia masiva de pacientes al servicio de Fisioterapia de la Caja Nacional de Salud la atención de los mismos es por orden de llegada lo que ocasionaba mucho desorden y conflicto entre los pacientes que afectaba al mismo tiempo al personal.

Se pudo evidenciar que la acumulación de los pacientes en un mismo horario no permite al profesional fisioterapeuta la correcta y oportuna atención en cuanto a evaluación tratamiento y evolución del mismo, favoreciendo así al congestionamiento del servicio.

Se estableció que la falta de equipamiento deriva en que las sesiones se prolonguen para conseguir los resultados esperados, considerando al mismo tiempo que la infraestructura que no es apropiada para la atención.

La investigación nos permitió determinar que el porcentaje de pacientes Jubilados (3ra edad) es mayor en relación a los paciente activos y beneficiarios.

Se pudo demostrar que el crecimiento vegetativo de la población asegurada es del 12% al 18% por año y las especialidades que mas requieren de nuestro trabajo son las especialidades:

Traumatología en un 58%

Neurología en un 24%

Medicina Interna en un 8%

Medicina Familiar en un 8%

10% otras especialidades

CAPITULO XI

11.- RECOMENDACIONES

- Implementación de centros de Rehabilitación completos en Infraestructura y equipamiento.
- Capacitación periódica del personal de Fisioterapia.
- Especialización en áreas específicas de los profesionales en Fisioterapia.
- Realizar un método de Atención del paciente desde la recepción hasta el alta.
- Organizar un equipo multidisciplinario que contemple Fisiatra, Psicólogos, Visitadores Sociales y Enfermeras.
- Se debe mencionar también que es muy necesario dotar de un equipamiento y una infraestructura en base a las especialidades médicas que el servicio atiende para apuntar a una atención óptima que servicio brinde a la población asegurada.
- Para finalizar debemos manifestar que el manejo del paciente desde la recepción hasta el Alta conlleva una serie de procedimientos Empezando por la afiliación y centrándonos en el diagnóstico de transferencia, para luego evaluar y realizar un esquema de tratamiento en base al tiempo de las sesiones programadas para lograr una evolución favorable y el Alta del paciente.
- En todo el desarrollo del trabajo se pudo establecer que se hace necesaria la implementación de una especialización para los profesionales en fisioterapia que pueda capacitarlos específicamente en áreas de la rehabilitación que son requeridas por la creciente afluencia de pacientes.

CAPITULO XII

12.- BIBLIOGRAFIA.

- (1) Blandine Calais-Germain, "Anatomía para el Movimiento", Edit. Torres Associats, Junio 2009.
- (2) Yves Xhardez, "Vademecum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional", Edit. El manual Moderno, 2005.
- (3) Rene Cailliet, "Espalda Baja", Edit. Marbán, 2005.
- (4) Stanley Hoppenfeld, "Neurología Ortopédica", Edit. El Manual Moderno, 2004.
- (5) Patricia A. Downey, "Neurología para Fisioterapeutas", Edit. Médica Panamericana, 2001.
- (6) Hoppenfeld & Murthy, "Fracturas, Tratamiento y Rehabilitación", Edit. Marbán, 2004
- (7) E. Battista-J. Vives, "Ejercicios Fisioterapia Deportiva", Edit. Hispano Europea, 2008.
- (8) Jhon V. Basmajian, "Terapéutica por el Ejercicio", Edit. Médica Panamericana, 2002.
- (9) Jorge E. Martín Cordero, "Agentes Físicos Terapéuticos", Edit. Ciencias Médicas, 2008.
- (10) Armando Laffón Roca, "100 Preguntas sobre Artrosis", Edit. Ciencias Médicas, 2008.
- (11) A. I. Kapandji, "Fisiología Articular", Edit. Médica Panamericana, 2002.
- (1) REVISTA INFORMATIVA, Caja Nacional de Salud, Regional-Oruro, 2010.
- (12) Caillet, René. Rodilla, Brazo, Hombro, Dorso, Cuello. Editorial El Manual Moderno S.A. (1979).
- (13) Cavero J., René. Patología del pie. 1ª Edición. Editorial Universitaria (1991).

- (14) Edeiken, J. Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana (1984).
- (15) Hoppenfeld, S. Neurología Ortopédica. (1981).
- (16) Jaffe, Henry L. Metabolic, Degenerative and Inflammatory Diseases of Bone and Joints. 1ª Edición. Editorial Lea and Febiger (1975).
- (17) Kelley, Harris, Ruddy, Sledge. Textbook of Rheumatology. Fourth Ed. (1993).
- (18) Lange, Max. Afecciones del Aparato Locomotor. 1ª Edición. Ed. JIMS, Barcelona (1969).
- (19) Lelievre. Cirugía del pie. 4ª Edición Toray - Masson, Barcelona (1982).
- (20) Mann, Roger A.; Cirugía del pie 5a. Edición. Editorial Médica Panamericana (1987).
- (21) McCarty, Daniel, Koopman, William. Arthritis and Allied Conditions. Twelfth Edition. Lea and Febiger (1993).
- (22) Resnick, D. and Niwayama Gen. Diagnosis of Bone and Joint Disorders. W.B. Saunders Co (1981).
- (23) Rothmann and Simeone. The Spine. 2ª Edición Editorial W.B. Saunders Co. (1982).
- (24) Tachdjian, M. Pediatric Orthopedics. 2ª Edición (1990).
- (25) Campbell, Willis, Cohoon. Cirugía Ortopédica. 7ª Edición. Editorial Médica Panamericana (1988).
- (26) De Palma. Tratamiento de fracturas y luxaciones. ATLAS. 3ª Edición. Editorial Panamericana (1984).
- (27) Evarts, C., McCallister. Surgery of the musculoskeletal System. Editorial Churchill Livingstone (1983).

- (28) Insall, John, M. Cirugía de la rodilla. 1ª Edición Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina (1986).
- (29) Lange, Max. Afecciones del Aparato Locomotor. 1ª Edición. Editorial JIMS, Barcelona (1969).
- (30) Müller, Allgöwer, Willenegger. Manual of internal fixation. 3ª Edición. Editorial Científico-Médica (1992).
- (31) Rothmann and Simeone. The Spine. 2ª Edición. Editorial W.B. Saunders Co. (1982).
- (32) Sarmiento, Lata. Tratamiento funcional incruento de las fracturas. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina (1986).
- (33) Watson, Jones. Fractures and Joint Injuries. Fifth Edition. Editorial J.N. Wilson (1976).
- (34) Bayarre, H. y cols. (2004) Metodología de la investigación en la APS.
- (35) Comisión Nacional de Grados Científicos. (2005) Normas para la redacción y presentación de las tesis de Doctor en Ciencias de determinada especialidad. En Normas para la obtención de Grados científicos. República de Cuba. Pág. 47 -52.
- (36) Eco, Umberto (1991) "Cómo se hace una tesis" de Ed. Gedisa España, p.188.
- (37) Eco, Umberto (1991) "Cómo se hace una tesis" de Ed. Gedisa España, p. 201
- (38) Eco, Umberto (1991) "Cómo se hace una tesis" de Ed. Gedisa España, pág199.
- (39) Hernández, E. Palomera, A; de Santos, F. (2003) Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Editora Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- (40) Hernández, E.; Grau, J. y cols. (2005). Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. Editorial La Noche. Guadalajara, Jalisco, México.
- (41) Referencias bibliográficas según el Estilo Vancouver. Biblioteca de la ENSAP.

(42) Torres, M. (2005) Taller de Tesis II. Bibliografía básica. Material redactado para el Dossier de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria.

(43) José María Rodríguez Martín (2007), Electroterapia en Fisioterapia, 2° Edición, Ed. Médica Panamericana.

(44) Lucille Daniels, Catherine Worthingham, Técnicas Manuales de Exploración, 3° Edición, 2004. (Traducido al español por: Dr. Homero Vela - Dra. Alejandra Terán), Ed. Interamericana.

(45) Stanley Hoppenfeld, Exploración Física de la Columna Vertebral y las extremidades, 1979. (Traducido al español por: Dr. Santiago Sapiña Renard), Ed. Manual Moderno.

(46) F.H. Canales, E. L. de Alvarado, E. B. Pineda, Metodología de la Investigación – Manual para el Desarrollo del Personal en Salud, 2° Edición, 1994., Public. Organización Panamericana de la Salud.